



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2000

Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS)

Wettach, Ralph ; Frei, Adrian ; Dobler-Mikola, Anja ; Uchtenhagen, Ambros

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93140>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Wettach, Ralph; Frei, Adrian; Dobler-Mikola, Anja; Uchtenhagen, Ambros (2000). Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige (QUAFOS). Zürich: Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF.

Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapie- programme für Drogen- abhängige (QUAFOS)

Schlussbericht

Ralph H.U. Wettach, Adrian Frei, Anja Dobler-Mikola
und Ambros Uchtenhagen

Ein Pilotprojekt im Rahmen von FOS,
finanziert vom Bundesamt für Gesundheit
(Vertrag 98.000713/8078)

Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung
Nr. 110 2000

Dank

Allen Beteiligten sei herzlich für ihre Unterstützung gedankt.

Die vorliegende Studie wurde vom Bundesamt für Gesundheit ermöglicht und dort von Dr. phil. Margret Rihs-Middel betreut.

Die Mitglieder der Begleitgruppe wendeten viele Stunden auf, um das Projekt kompetent zu beraten und bei der Formulierung der Standards mitzuwirken.

Prof. Dr. phil. Jürgen Rehm unterstützte uns in methodischen Fragen und gab uns wertvolle Hinweise.

Anne-Sophie Nyman organisierte die Befragung der Klient/innen und betreute Simone Berweger und Dorothea Schaffner bei der konkreten Durchführung.

Lic. phil. Franziska Güttinger, lic. phil. Esther Grichting, lic. phil. Christa Berger und Denise Hampson übernahmen im Laufe des Projekts verschiedene Arbeiten, die wesentlich zum Gelingen beitrugen.

Heidi Bolliger und Sandra Wuschleger unterstützten uns in diversen administrativen Belangen.

Insbesondere gehört unser Dank den Klient/innen und Mitarbeiter/innen der therapeutischen Einrichtungen, die sich Zeit nahmen und an den verschiedenen Befragungen partizipierten.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
1. Einleitung	15
2. Methodik	27
3. Ausgewählte Strukturmerkmale der stationären Therapie- einrichtungen für Drogenabhängige	31
4. Der Einfluss von Einrichtungsmerkmalen auf den Verlauf der Klient/innen nach Austritt	55
5. Die Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (Burnout-Syndrom)	85
6. Die Therapiezufriedenheit der Klient/innen	123
7. Die Entwicklung von Standards für stationäre Therapie- einrichtungen für Drogenabhängige	159
Verzeichnisse	163
Anhang	170

Zusammenfassung.....	7
1. Einleitung.....	15
1.1. Aufbau des Berichts.....	15
1.2. Projektauftrag.....	16
1.3. Projektdurchführung.....	18
1.3.1. Einbettung und personelle Situation.....	18
1.3.2. Projektdesign.....	19
1.3.3. Begleitgruppe.....	19
1.3.4. Vernetzung und Unterstützung.....	20
1.3.5. Qualitätssicherung und -verbesserung bei den Therapieeinrichtungen.....	22
1.3.6. Veranstaltungen.....	23
2. Methodik.....	27
3. Ausgewählte Strukturmerkmale der stationären Therapie-	
 einrichtungen für Drogenabhängige	31
3.1. Einführung.....	31
3.2. Fragestellung.....	32
3.3. Methodik.....	33
3.3.1. Design.....	33
3.3.2. Stichprobe.....	33
3.3.3. Instrumente und Operationalisierung.....	34
3.3.4. Datenerhebung.....	36
3.3.5. Auswertungsmethoden.....	37
3.4. Ergebnisse.....	37
3.5. Diskussion.....	49
3.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	52
4. Der Einfluss von Einrichtungsmerkmalen auf den Verlauf der	
 Klient/innen nach Austritt.....	55
4.1. Forschungsstand.....	55
4.2. Fragestellung.....	58
4.3. Methodik.....	60
4.3.1. Design.....	60
4.3.2. Stichprobe.....	61
4.3.3. Instrumente und Operationalisierung.....	64
4.3.4. Datenerhebung.....	68
4.3.5. Auswertungsmethoden.....	68
4.4. Ergebnisse.....	69
4.5. Diskussion.....	77
4.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	82
5. Die Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit	
 (Burnout-Syndrom).....	85
5.1. Forschungsstand.....	85
5.2. Fragestellung.....	91
5.3. Methodik.....	92
5.3.1. Design.....	92
5.3.2. Stichprobe.....	93

5.3.3. Instrumente und Operationalisierung.....	95
5.3.4. Datenerhebung.....	100
5.3.5. Auswertungsmethoden.....	101
5.4. Ergebnisse.....	101
5.5. Diskussion.....	113
5.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	118
6. Die Therapiezufriedenheit der Klient/innen.....	123
6.1. Forschungsstand.....	123
6.2. Fragestellung.....	126
6.3. Methodik.....	129
6.3.1. Design.....	129
6.3.2. Stichprobe.....	130
6.3.3. Instrumente und Operationalisierungen.....	131
6.3.4. Datenerhebung.....	134
6.3.5. Auswertungsmethoden.....	135
6.4. Ergebnisse.....	135
6.5. Diskussion.....	151
6.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	154
7. Die Entwicklung von Standards für stationäre Therapie- einrichtungen für Drogenabhängige.....	159
7.1. Einleitung.....	159
7.2. Entstehung der Standards.....	160
7.3. Aufbau und Merkmale der Standards.....	161
Verzeichnisse.....	163
Tabellenverzeichnis.....	163
Abbildungsverzeichnis.....	165
Literaturverzeichnis.....	166
Anhang.....	170
Anhang A Befragung der Institutionen.....	170
A1 Begleitbrief für die Erhebung der Strukturdaten bei den Einrichtungen (deutsch/französisch).....	170
A2 Informationsbroschüre über das Projekt (deutsch/französisch).....	177
Anhang B Befragung der Mitarbeiter/innen.....	186
B1 Skalen der Mitarbeiterbefragung.....	186
B2 Begleitbrief und Erinnerungsschreiben der Erhebung bei den Mitarbeiter/innen.....	188
Anhang C Befragung der Klient/innen.....	192
C1 Skalen der Klientenbefragung.....	192
C2 Brief für die Klient/innen mit Informationen über die Befragung zur Therapiezu- friedenheit.....	193
Anhang D Standards.....	195
D1 Standards.....	195
D2 Datenschutzrichtlinien.....	212

Zusammenfassung

Das vorliegende Projekt schloss inhaltlich und personell an die Vorgängerstudie an (Wettach, Dobler-Mikola & Uchtenhagen, 1997) und setzte Teile von deren Ergebnissen für den stationären Therapiebereich um. Hintergrund der Projekte bildeten weitgehende Informationsdefizite der Behörden, der Kostenträger und auch der Praxis hinsichtlich des Niveaus der Behandlungsqualität von Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige.

Der Projektauftrag umfasste im Wesentlichen folgende Punkte:

1. Erhebung von Informationen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei abstinenzorientierten, stationären Therapieeinrichtungen der Schweiz;
2. Qualitätskontrolle, -sicherung und -verbesserung anhand der Rückmeldung der Ergebnisse an die Institutionen;
3. Bestimmung der Rahmenbedingungen (Strukturqualität), welche die Prozess- und Ergebnisqualität optimal beeinflussen;
4. Unterstützung zuhanden der verantwortlichen Behörden und Planungsstellen;
5. Ausarbeitung von Qualitätsstandards für die stationären drogentherapeutischen Einrichtungen.

Während versucht wurde, die Informationen zur Struktur bei allen, gewissen Kriterien genügenden, stationären beziehungsweise teilstationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige zu erheben, fand die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität bei einer Auswahl von Einrichtungen statt. Die Bestimmung der Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität richtete sich nach der Vorgängerstudie, wobei hinsichtlich der Prozessqualität die Therapiezufriedenheit der Klient/innen und die Belastetheit der Mitarbeiter/innen (Burnout-Syndrom) betrachtet wurden. Die Ergebnisqualität wurde in einem anderen Projekt, der Nachbefragungsstudie FOS (Dobler-Mikola, Grichting & Hampson, 2000), anhand der 18-Monatsverläufe der Klientele bestimmt und hier lediglich für die Identifizierung von relevanten Strukturmerkmalen verwendet.

Die Qualitätskontrolle, -sicherung und -verbesserung wurden mittels der Rückmeldung der individuellen Ergebnisse an die einzelnen Institutionen realisiert, wobei der Vergleich mit den zusammengefassten Werten der übrigen Einrichtungen möglich war. Zur Unterstützung wurde den Rückmeldungen eine Anleitung zur Verwendung der Ergebnisse im Hinblick auf Qualitätsverbesserung

beigefügt sowie eine entsprechende Veranstaltung angeboten. Zudem führt das BAG seit Frühling 1999 das nationale Qualitätsentwicklungs-Programm Qua-TheDA bei den stationären Therapieeinrichtungen ein, es fand in der Folge eine enge Koordination der beiden Projekte statt.

Die Ausarbeitung von empirisch und normativ begründeten Qualitätsstandards erfolgte im Rahmen der Begleitgruppe des Projekts, welche sich aus Vertreter/innen der Praxis, der Behörden, einer Koordinationsstelle und der Forschung zusammensetzte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu ausgewählten Merkmalen der Struktur der Einrichtungen, zum Zusammenhang zwischen Institutionsmerkmalen und den Verläufen der Klientele, zur Belastetheit der Mitarbeiter/innen sowie zur Therapiezufriedenheit der Klient/innen zusammengefasst dargestellt.

Ausgewählte Strukturmerkmale der stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige

Die Einrichtungsstruktur von 93 stationären oder teilstationären, abstinenzorientierten Therapieinstitutionen für Drogenabhängige wurde in drei Wellen zwischen Frühjahr 1998 und April 1999 erhoben.

Die anhand der beobachteten Kriterien beurteilte Qualität der Therapieeinrichtungen wies ein gutes Niveau auf. Als ausgeprägte Stärken waren die Ausbildung und die Praxiserfahrung der Mitarbeiter/innen zu erkennen. Hingegen fielen in verschiedenen Bereichen punktuelle Defizite auf. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die standardmässige Anwendung von diagnostischen Verfahren, die innerbetriebliche Vereinheitlichung der Führung von Klientendossiers und die Supervision mit dem therapeutischen Personal. Ebenfalls wäre in einzelnen Einrichtungen die Verbesserung von betriebsorganisatorischen Aspekten sinnvoll.

Das hohe Niveau der Ausbildung der Mitarbeiter/innen im stationären Suchthilfebereich stellt eine ausgesprochene Stärke dar. In der aktuellen Umbruchphase, in der sich die stationären Therapieangebote befinden, ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass dieser Personalstamm gehalten werden kann. Massnahmen wie beispielsweise die Entwicklung von langfristigen Perspektiven durch die Sicherstellung der Finanzierung von stationären Therapieprogrammen oder attraktive, suchtspezifische Fortbildungen, wie sie zur Zeit bereits geplant beziehungsweise angeboten werden, sind notwendig.

Der Zusammenhang von Institutions- und Behandlungsmerkmalen mit dem Therapieverlauf der Klient/innen

Es wurde versucht, Institutions- und Behandlungsmerkmale zu finden, die einen Zusammenhang mit dem Therapieverlauf der Klient/innen aufwiesen. 186 ehe-

malige Klient/innen aus 24 stationären Therapieeinrichtungen der Schweiz wurden in einem Längsschnitt mit strukturierten Interviews befragt. Die Datenerhebungen fanden bei Eintritt und 18 Monate nach dem Austritt statt, wobei Selektionseffekte festgestellt wurden: Therapiebeender/innen sowie Klient/innen mit einer längeren Aufenthaltsdauer waren in der Stichprobe übervertreten. Es wurden vier Beobachtungskriterien analysiert:

1. die Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klient/innen (Vergleich des Konsums in den 12 Monaten vor und den 18 Monaten nach der Therapie);
2. die Veränderung der Arbeitssituation der Klient/innen (Vergleich der Arbeitssituation in den 12 Monaten vor und den 18 Monaten nach der Therapie);
3. der Opiat- und/oder Kokainkonsum der Klient/innen während der 18 Monate nach dem Therapieaustritt;
4. die Arbeitssituation der Klient/innen während der 18 Monate nach dem Therapieaustritt.

Es zeigte sich, dass die Institutionsebene nur sehr wenig der Varianz des Verlaufs der Klient/innen erklärte: Bei drei der vier Verlaufskriterien hatte die Einrichtungsebene keinen Einfluss auf deren Varianz. Lediglich beim dritten Verlaufsindikator – dem Konsum von Opiaten und/oder Kokain im Katamnesezeitraum – erklärte die Institutionsebene einen Teil der Varianz. Die Prüfung des Einflusses von Institutions- und Behandlungsmerkmalen auf diesen Verlaufsindikator ergab, dass die folgenden drei der 33 untersuchten Aspekte einen Zusammenhang mit einem tieferen Anteil an konsumierenden Klient/innen aufwiesen: eine höhere Auslastung der Therapieeinrichtung, der mehrfache Alkoholkonsum als unbedingter Grund für einen Therapieausschluss und der mehrfache Konsum von weichen Drogen als unbedingter Grund für einen Therapieausschluss. Obwohl Schlussfolgerungen auf Grund dieser Resultate auf eher dünnem empirischen Boden stehen, scheinen diese vor dem Hintergrund, dass ähnliche Ergebnisse bezüglich der Ausschlusspraxis auch von anderen Studien gefunden wurden, möglich. Die stationären Therapieeinrichtungen, bei denen mehrfacher Rückfall mit Alkohol und weichen Drogen keine Ausschlussgründe darstellen, sollten zumindest ihre Praxis überdenken. Die Beibehaltung einer "weichen" Regelung sollte vom Konzept abgeleitet werden können. Diese Empfehlung soll in dessen nicht als eine Infragestellung der Arbeit mit Rückfällen betrachtet werden, da es sich bei dem hier untersuchten Merkmal um den *mehrfachen* Konsum handelte.

Aus den Ergebnissen konnte insgesamt geschlossen werden, dass die Erklärung für die meiste Varianz des Verlaufs der Arbeitssituation und des Opiat- und/oder Kokainkonsums nicht auf der Institutionsebene, sondern auf der Indivi-

duumsebene zu suchen war. Mit anderen Worten: In der untersuchten Stichprobe waren die unterschiedlichen Verläufe der Klient/innen weitgehend durch die persönlichen Merkmale der Drogenabhängigen selber zu erklären. Auf Grund der Ergebnisse kann indessen *nicht* gefolgert werden, dass es irrelevant sei, in welcher Therapieeinrichtung ein/eine Klient/in behandelt wird, da die Institutionsebene keinen Einfluss auf den Verlauf der Klient/innen habe. Vielmehr sind hier komplexe Selektionseffekte zu vermuten, weil nämlich weder die Klient/innen zufällig zu den einzelnen Therapieeinrichtungen zugewiesen noch die Institutionen zufällig für die Untersuchung ausgewählt wurden. Solche Selektionsmechanismen wurden jedoch bei dieser Untersuchung nicht berücksichtigt. *Ohne Einbezug der Selektionseffekte ist jede weitergehende Interpretation der Ergebnisse spekulativ.*

Die Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (Burnout-Syndrom)

402 Mitarbeiter/innen aus 27 abstinenzorientierten, stationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige der Deutschschweiz wurden in einem Querschnitt zu ihrer Arbeitssituation und zu ihrem Burnout-Niveau befragt. Die Erhebungen fanden mit einem postalisch nach Hause zugestellten, strukturierten Fragebogen statt.

Insgesamt wiesen zum Zeitpunkt der Befragung über drei Viertel der Mitarbeiter/innen *keinen oder nur einen geringen Gesamt-Burnout* auf. Es zeigte sich im Vergleich mit bisherigen empirischen Befunden aus Deutschland eine relativ geringe Belastung durch Burnout-Symptome. Es konnte eine herausragende Bedeutung des Umgangs des Teams untereinander für das Burnout-Niveau gefunden werden. Insbesondere das Verhältnis zu den Vorgesetzten und die Beziehung und das Verhalten der Arbeitskolleg/innen waren relevant. Die Einstellung der Mitarbeiter/innen zur Bedeutung von Rückfällen mit Drogen im therapeutischen Prozess sowie die subjektive Angabe des Leistens von Überstunden waren ebenfalls relevant für deren Burnout-Niveau. Der Gesamt-Burnout der Befragten wurde – von allen untersuchten Grössen – am stärksten von ihrer subjektiv erlebten Belastung durch Probleme mit Vorgesetzten beeinflusst. Es wurden folgende Empfehlungen abgeleitet.

- Probleme zwischen Mitarbeiter/innen und ihren Vorgesetzten wie Vermeidung oder fehlende Kompetenzabgrenzung sollten möglichst rasch identifiziert und bereinigt werden. Indessen wies die Teamsupervision keinen oder nur einen geringen Effekt auf das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen auf – sie scheint also nicht die Methode der Wahl zu sein, um den Burnout zu senken. Es wird empfohlen, durch entsprechende Kaderausbildungen – beispielsweise hinsichtlich Mitarbeitermotivierung, Konfliktmanagement und Gruppendynamik – sowie durch externe Organisationsberatung mittelfristig Kompetenzen und Strukturen aufzubauen, die ein unterstützendes Klima im

Team fördern und das Risiko von langfristigen Problemen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen senken.

- Es konnte gezeigt werden, dass die subjektive Angabe hinsichtlich des Leistens von Überstunden einen Zusammenhang mit dem Burnout aufwies. Therapeutische Einrichtungen sollten in der Folge darauf bedacht sein, dass ihre Mitarbeiter/innen – unabhängig vom jeweiligen Anstellungsgrad – keine Arbeit über die vereinbarte Zeit hinaus leisten.
- Des Weiteren wird empfohlen, dass sich Teammitglieder im Rahmen von suchtspezifischen Fortbildungen mit unrealistischen Überzeugungen wie jenen, dass es bei einem guten Therapieverlauf nicht zu Rückfällen kommen dürfe oder dass ein Rückfall immer etwas Negatives sei, auseinandersetzen.

Hinsichtlich der Prüfung des Einflusses von Institutionsmerkmalen auf den Burnout der befragten Mitarbeiter/innen ist Folgendes festzuhalten: Es konnte zwar ein knapp signifikanter Einfluss der Institutionsebene gefunden werden, indessen war die Reliabilität des Modells tief, sodass eine Untersuchung der einzelnen Institutionsmerkmale beziehungsweise ihres eventuellen Einflusses auf den Burnout der Mitarbeiter/innen nicht sinnvoll war und auf diese Analysen verzichtet wurde. Dies bedeutet, dass die Institutionen sich hinsichtlich der Belastung ihrer Mitarbeiter/innen durch Burnout nicht systematisch unterscheiden, was angesichts der Ähnlichkeit der Institutionen hinsichtlich Zielgruppe und "Setting" – alle waren stationäre Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige – kein überraschendes Ergebnis darstellte.

Die Therapiezufriedenheit der Klient/innen

274 Klient/innen aus 24 stationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige der Deutschschweiz wurden in einem Querschnitt zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt. Die Erhebungen fanden mit einem strukturierten Fragebogen statt, den die Klient/innen einer Einrichtung unter Aufsicht, selbständig und zum selben Zeitpunkt ausfüllten. Sie befanden sich am Tage der Befragung unterschiedlich lange in der Therapie.

Die globale Zufriedenheit der befragten Klient/innen war hoch, ebenso die spezifische Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Therapie. Die Analyse der globalen und der spezifischen Zufriedenheit in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer ergab lediglich einen Zusammenhang: Je länger sich die befragten Klient/innen in der Therapie aufhielten, desto zufriedener waren sie mit dem Arbeitsbereich.

Es zeigte sich, dass von den untersuchten Merkmalen der Institutionsebene vor allem zwei Teammerkmale die globale Zufriedenheit der Klient/innen positiv beeinflussten: eine grössere Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich sowie ein tieferes Burnout-Niveau. Den stärksten Effekt wies das Burnout-Niveau auf: Je höher der durchschnittliche Burnout-Gesamt-Score des Teams

einer Institution war, desto unzufriedener waren deren Klient/innen. Es wird deshalb erstens empfohlen, primär-, sekundär- und tertiärpräventive Massnahmen einzuführen, um das Burnout-Niveau des Teams tief zu halten beziehungsweise zu senken. Zweitens sollte das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen regelmässig erhoben werden, um über dessen Verlauf unterrichtet zu sein und gegebenenfalls Massnahmen einleiten zu können.

Ausblick

Die weiterführende Untersuchung folgender Themen wird empfohlen.

- Es sollte eine Analyse der Selektionsprozesse und -effekte durchgeführt werden. Diese müsste darauf abzielen, systematische Informationen über den Auswahlprozess von bestimmten Klientengruppen zu bestimmten Therapieeinrichtungen zu erhalten. Da sich in dieser Studie gezeigt hat, dass die Institutionsebene nur wenig Anteil an der Erklärung des Verlaufs hatte, sollte untersucht werden, ob die Selektionseffekte zur Interpretation dieses Ergebnisses einen Beitrag leisten. Mit anderen Worten, es soll geprüft werden, ob eine optimale, eine schlechte oder gar keine Selektion stattfindet, um danach weitere Schlüsse hinsichtlich des Einflusses der Institutionsebene auf den Verlauf der Klient/innen zu ziehen.
- Mit der Untersuchung des individuellen Verlaufs der Zufriedenheit im Rahmen einer Therapie würde präziseres Wissen darüber gewonnen, welche Therapieabschnitte für die Klient/innen besonders schwierig sind und ob die Therapiezufriedenheit zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen geeignet ist.
- Die stationäre Suchttherapie der Schweiz befindet sich in einer Umbruchphase, die auch Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen hat. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob bei einer erneuten Erhebung von Burnout-Werten höhere Belastungen der Suchtmitarbeiter/innen festgestellt würden, als dies noch zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Auf der Grundlage solcher Erkenntnisse könnte eine Zunahme von Problemen der Mitarbeiter/innen erkannt werden, und gegebenenfalls wären Massnahmen abzuleiten, mit denen die Belastungssituation entschärft und das Niveau der Behandlungsqualität erhalten werden könnte.
- Die vorliegende Studie wurde in Therapieeinrichtungen der Deutschschweiz durchgeführt. Verglichen mit Ergebnissen aus Deutschland ergab sich eine geringere Burnout-Belastung der befragten Mitarbeiter/innen. Diese positiven Befunde können indessen nicht unhinterfragt auf die übrigen Deutschschweizer Einrichtungen und auf Institutionen der französischsprachigen Schweiz übertragen werden. Es sollte deshalb mit einer Stichprobe von The-

rapieeinrichtungen der Romandie eine Erhebung des Burnout-Niveaus der Mitarbeiter/innen durchgeführt werden, um die Ergebnisse zu validieren.

Systemqualität

Die im Rahmen dieses Projekts vorgenommenen Analysen und formulierten Standards sind in ihrer Reichweite auf die *einzelne Institution* bezogen. Allerdings sollte bei dieser Fokussierung auf die einzelne Institution der Aspekt der übergeordneten Systemqualität nicht vergessen gehen. Diese umfasst das Gesamtangebot und dessen Planung, die Weiterentwicklung der Therapiemethoden, die Vernetzung, die Indikationsstellung und Zuweisung, die systematische Erhebung und Auswertung relevanter Informationen als Entscheidungsgrundlage, die Finanzierung sowie die Qualitätsentwicklung und das politische Umfeld. Während sich das Finanzierungssystem der stationären Therapieangebote mit dem Projekt FiSu des Bundesamtes für Gesundheit auf dem Weg zu Transparenz und Stabilität befindet, sind die Abläufe der Indikationsstellung und der Zuweisung zu den einzelnen Programmen weitgehend ungeklärt. Es fehlen abgestimmte und einheitlich anwendbare Leitlinien zur Diagnose, Indikation und Zuweisung von Drogenabhängigen. Es wird deshalb empfohlen, diese Aspekte in die zukünftige Planung stärker einzubeziehen und gegebenenfalls ein Projekt zu lancieren, um mittelfristig Massnahmen zur Optimierung von Indikationsstellung und Zuweisung auszuarbeiten.

1. Einleitung

1.1. Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht ist in sieben Kapitel gegliedert. Die empirischen Teile stellen jeweils eigenständige Forschungsberichte dar, bestehend aus einer Aufarbeitung der relevanten Literatur, einem Methodikteil, Ergebnissen, einer Diskussion sowie Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

Das erste Kapitel *"Einleitung"* umfasst die Erläuterung des Projektauftrages und der Projektdurchführung. Darin sind insbesondere die Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Projekten und Stellen sowie die im Rahmen des Projekts erfolgten Massnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung bei den teilnehmenden, stationären Therapieeinrichtungen erwähnt.

Im zweiten Kapitel *"Methodik"* werden die in diesem Bericht verwendeten statistischen Analysemethoden vorgestellt.

Das dritte Kapitel *"Ausgewählte Strukturmerkmale der stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige"* beinhaltet eine deskriptive Darstellungen von Aspekten der Struktur von 93 Institutionen der gesamten Schweiz.

Das vierte Kapitel *"Der Einfluss von Einrichtungsmerkmalen auf den Verlauf der Klient/innen nach Austritt"* umfasst die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, inwieweit die Institutionsebene einen Erklärungsanteil am Verlauf der Klient/innen in den 18 Monaten nach Austritt aufwies und welche Institutionsmerkmale gegebenenfalls einen Einfluss auf den Verlauf zeigten. Als Verlaufsmerkmale wurden die Arbeitssituation sowie der Opiat- und Kokainkonsum beobachtet.

Das fünfte Kapitel *"Die Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (Burnout-Syndrom)"* beinhaltet erstens eine Darstellung des Burnout-Niveaus von Mitarbeiter/innen aus 27 stationären Therapieeinrichtungen. Zweitens wurde eine Analyse des Zusammenhangs von individuellen Merkmalen der Mitarbeiter/innen mit dem Ausmass an Burnout-Symptomen durchgeführt. Drittens wurde geprüft, ob die Institutionsebene einen Erklärungsanteil am Burnout-Niveau des

Teams aufwies und welche Institutionsmerkmale gegebenenfalls einen Einfluss zeigten.

Im sechsten Kapitel *"Die Therapiezufriedenheit der Klient/innen"* wurde die Zufriedenheit der Klientele von 24 Institutionen mit der erhaltenen Behandlung betrachtet. Die Schwerpunkte lagen einerseits auf der Darstellung der globalen und der spezifischen Zufriedenheit, wobei sich letztere auf einzelne Bereiche der Therapie bezog. Andererseits wurde wiederum geprüft, ob die Institutionsebene einen Erklärungsanteil an der Therapiezufriedenheit aufwies und ob gegebenenfalls ausgewählte Aspekte der Einrichtungen einen Einfluss auf diese Werte hatten.

Das siebte Kapitel *"Die Entwicklung von Standards für stationäre Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige"* umfasst eine kurze Einleitung in das Thema, die Darstellung der Entstehung der Standards sowie Erläuterungen zu deren Aufbau und zu den verwendeten Begriffen.

1.2. Projektauftrag

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) gab dem Institut für Suchtforschung (ISF), Zürich, den Auftrag, das Projekt mit dem Namen "Qualität in der stationären Therapie: Nationale Erhebung und Analyse von ausgewählten Qualitätsmerkmalen der stationären Therapieprogramme für Drogenabhängige" (Vertrag 98.000713/8078) durchzuführen. Das Projekt dauerte von Oktober 1998 bis Juni 2000 und wurde mit dem vorliegenden, schriftlichen Schlussbericht abgeschlossen.

Hintergrund des Projekts bildeten weitgehende Informationsdefizite der Behörden, der Kostenträger und auch der Praxis hinsichtlich des Niveaus der Behandlungsqualität von Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Deshalb gab das BAG 1995 dem ISF eine Studie in Auftrag, deren Ziele die Erarbeitung von grundlegenden Informationen zum Thema "Qualitäts-erfassung in Suchtbehandlungen" und die Entwicklung von Instrumenten zur Erhebung der Behandlungsqualität waren (Wettach, Dobler-Mikola & Uchtenhagen, 1997, BAG Vertrag 316.94.8052). Das vorliegende Projekt schloss inhaltlich und personell direkt an diese Vorgängerstudie an und setzte Teile von deren Ergebnissen für den stationären Therapiebereich um.

Der *Auftrag* und die *Zielsetzungen* des vorliegenden Projekts umfassten folgende Punkte:

1. Bestimmung und allenfalls Entwicklung von geeigneten Qualitätserfassungsinstrumenten;
2. Erfassung von Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Anwendung eines geeigneten Instrumentariums und unter Berücksichtigung finanzieller Aspekte;
3. Qualitätskontrolle – inklusive entsprechende Rückmeldungen an die Institutionen – sowie Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in den stationären Therapieeinrichtungen;
4. Bestimmung der Rahmenbedingungen (Strukturqualität), welche die Prozess- und Ergebnisqualität positiv beziehungsweise optimal beeinflussen;
5. Unterstützung zuhanden der verantwortlichen Behörden und Planungsstellen für die Optimierung von Behandlungsangeboten;
6. Ausarbeitung von Qualitätsstandards für die stationären drogentherapeutischen Einrichtungen.

Die zur Erfüllung des Projektauftrags getroffenen Massnahmen sind aus Tabelle 1.1. ersichtlich. Die Bestimmung und Entwicklung von Instrumenten sowie die Erfassung der Informationen wurden in den jeweiligen empirischen Kapiteln 3., 4., 5. und 6. besprochen. Die Auswahl richtete sich nach den in der Vorgängerstudie beschriebenen Indikatoren (Wettach et al., 1997), wobei in Bezug auf die Prozessqualität die Therapiezufriedenheit der Klient/innen und die Belastetheit der Mitarbeiter/innen betrachtet wurden. Die Darstellung von Massnahmen hinsichtlich Qualitätskontrolle, -sicherung und -verbesserung fand in den Kapiteln 1.3.5. und 1.3.6. statt. Die Bestimmung von Aspekten der Struktur der Einrichtungen, die einen Zusammenhang mit Merkmalen des Verlaufs der Klient/innen nach Austritt, dem Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen oder der Therapiezufriedenheit der Klient/innen hatten, ist in den jeweiligen empirischen Kapiteln 4., 5. und 6. nachzulesen. Die Zusammenarbeit mit und Unterstützung von verschiedenen Institutionen und Verbänden ist aus dem Kapitel 1.3.4. ersichtlich. Die Entwicklung der Qualitätsstandards wurde in Kapitel 7. beschrieben, während die eigentlichen Standards im Anhang D aufgeführt sind.

Tabelle 1.1. Massnahmen zur Erfüllung des Projektauftrags

Auftrag / Zielsetzung	Massnahmen	Kapitel
1. Bestimmung und allenfalls Entwicklung von geeigneten Qualitätserfassungsinstrumenten	Bestimmung und Entwicklung von Instrumenten Struktur: MIDES und MIDES Zusatz ¹ Prozess: Checkliste Burnout-Merkmale ² Checkliste Burnout-Entstehung ² Zusatzbogen Mitarbeiterbefragung ³ Client Satisfaction Questionnaire ⁴ Klientenbefragung zur Suchtbehandlung ⁵ Ergebnis: Verlaufsdokumentation FOS ⁶	3. 5. 6. 4.
2. Erfassung von Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unter Anwendung eines geeigneten Instrumentariums und unter Berücksichtigung finanzieller Aspekte	Erfassung von Informationen mit den obigen Instrumenten	3., 4., 5., 6.
3. Qualitätskontrolle – inklusive entsprechende Rückmeldungen an die Institutionen – sowie Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung in den stationären Therapieeinrichtungen	Rückmeldung der Ergebnisse an die teilnehmenden Therapieeinrichtungen Durchführung von entsprechenden Veranstaltungen	1.3.5. 1.3.6.
4. Bestimmung der Rahmenbedingungen (Strukturqualität), welche die Prozess- und Ergebnisqualität positiv beziehungsweise optimal beeinflussen	Analyse des Einflusses der Institutionsebene auf - den Verlauf der Klient/innen nach Austritt - das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen - die Therapiezufriedenheit der Klient/innen	4. 5. 6.
5. Unterstützung zuhanden der verantwortlichen Behörden und Planungsstellen für die Optimierung von Behandlungsangeboten	Zusammenarbeit mit QuaTheDA, FiSu, act-info, KOSTE, VCRD	1.3.4.
6. Ausarbeitung von Qualitätsstandards für die stationären drogentherapeutischen Einrichtungen	Formulierung von Qualitätsstandards in Zusammenarbeit mit der Begleitgruppe	7. Anhang D

1.3. Projektdurchführung

1.3.1. Einbettung und personelle Situation

Das Vorgängerprojekt (Wettach et al., 1997) und die vorliegende Studie waren als Pilotprojekte in das drei-Stufen-Modell des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS eingebunden. In FOS-Pilotprojekten werden spezifische

¹ Schaaf, Dobler-Mikola und Uchtenhagen (1997); Wettach et al. (1997)

² Körkel, Burda und Weissbeck (1995)

³ Wettach et al. (1997)

⁴ Attkisson und Zwick (1983)

⁵ Wettach et al. (1997)

⁶ Dobler-Mikola, Griching und Hampson (2000)

Fragestellungen der stationären Suchtbehandlung angegangen und vertieft bearbeitet. Die beiden Studien konnten somit von der langjährigen Aufbauarbeit des FOS und dem Vertrauensverhältnis mit der Praxis profitieren. Da das vorliegende Projekt einen häufigen Kontakt mit den Institutionen erforderte, wurde dafür der eingängige Kurzname **QUAFOS** eingeführt, um es als FOS-Projekt erkennbar zu machen und um es während der Studiendauer in der Therapielandschaft zu verankern.

Antragssteller/innen des Projekts waren Dr. phil. Anja Dobler-Mikola, damalige Forschungsleiterin des ISF, und Prof. Dr. med. et phil. Ambros Uchtenhagen, Leiter des ISF. Erstere fungierte bis am 31. März 2000 als Projektleiterin, während lic. phil. Ralph H.U. Wettach als Projektverantwortlicher mit der Durchführung betraut war. Seit 1. April 2000 hatte Ralph H.U. Wettach die Projektleitung inne. Zudem wurden je nach Projektphase Mitarbeiter/innen des ISF in die Arbeiten mit einbezogen.

1.3.2. Projektdesign

Das Projekt war zweiphasig, mit jeweils spezifischen Fragestellungen, konzipiert. In der ersten Phase wurden mit bestehenden und neu entwickelten Instrumenten Querschnittserhebungen unter den stationären Therapieeinrichtungen zu deren Struktur- und Prozessqualität durchgeführt. Die Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität wurden von der Vorgängerstudie übernommen (Wettach et al., 1997), wobei in Bezug auf die Prozessqualität die Therapiezufriedenheit der Klient/innen und die Situation der Mitarbeiter/innen erfasst wurden. In der zweiten Phase des Projekts wurden diese Informationen untereinander und mit den Daten aus der Nachbefragungsstudie FOS (Dobler-Mikola et al., 2000, BAG Vertrag 316.89.8080) und den Klient/innenbefragungen aus der FOS-Basiserhebung kombiniert (KOFOS, 1999, BAG Vertrag 316.96.6009), um Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Indikatoren zu prüfen.

Die jeweiligen Fragestellungen zur Struktur der Einrichtungen, deren Zusammenhang mit dem Verlauf der Klient/innen nach Austritt, der Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (Burnout-Syndrom) sowie der Therapiezufriedenheit der Klient/innen sind in den einzelnen Unterkapiteln aufgeführt.

1.3.3. Begleitgruppe

Zur Unterstützung, Begleitung und Vernetzung des Projekts war eine Begleitgruppe vorgesehen. Deren wichtigste Aufgabe stellte die Mitarbeit bei der

Formulierung und Prüfung der Qualitätsstandards dar. Die Gruppe bestand aus neun Fachleuten aus dem Bereich der Suchthilfe:

- *PD Dr. med. Jacques Besson*, Division d'abus de substances, Université de Lausanne;
- *Christopher Eastus*, BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bern;
- *Thomas Egli*, BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bern;
- *Markus Jann*, Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern; Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen KKBS;
- *Herbert Müller*, Casa Fidelio, Niederbuchsiten; Verband Sucht- und Drogenfachleute VSD;
- *Bertrand Nussbaumer*, Fondation Goéland, Boudry; Coordination romande des institutions et organisations oeuvrant dans le domaine des addictions CRIAD;
- *Dr. med. Hans-Rudolf Pfeifer*, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; Verein Christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich VCRD;
- *lic. phil. Ueli Simmel*, Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE;
- *René Stamm*, BAG, Sektion Drogeninterventionen, Bern.

Vom Projektteam nahmen Anja Dobler-Mikola und Ralph H.U. Wettach an der Expertengruppe teil.

1.3.4. Vernetzung und Unterstützung

Eine Zielsetzung des Projekts war die Unterstützung von verantwortlichen Behörden und Planungsstellen für die Optimierung von Behandlungsangeboten. Zu diesem Zweck wurde mit verschiedenen Institutionen sowie Verbänden zusammengearbeitet.

Qualitätsprojekt QuaTheDA des BAG

Das BAG führt seit Frühling 1999 im Bereich der stationären Suchthilfe das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA ein (Stamm, 1999). Da dieses Programm auch die stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige betrifft, wurden die beiden Projekte mit dem Ziel koordiniert, dass wissenschaftliche Erkenntnisse aus der vorliegenden Studie in QuaTheDA einfließen konnten und als empirische Grundlage für Teilbereiche dienten. Des Weiteren ist vorgesehen,

dass die Qualitätsstandards dieses Berichts in das Projekt QuaTheDA integriert werden. Durch den Einsitz von René Stamm, dem Projektverantwortlichen von QuaTheDA, in die Expertengruppe des vorliegenden Projekts war die Vernetzung gewährleistet. Ralph H.U. Wettach wiederum arbeitete im Rahmen der Konzeptgruppe QuaTheDA an diesem BAG Projekt mit.

Finanzierung der Suchttherapien FiSu

Mit dem Projekt "Finanzierung der Suchttherapien FiSu" des BAG soll ein neues, tragfähiges Finanzierungssystem der stationären Suchtbehandlungen ausgearbeitet werden. Von Oktober 1998 bis Juni 1999 arbeitete Ralph H.U. Wettach in der Arbeitsgruppe "Leistungserfassung" der FiSu mit. Im Rahmen dieser Tätigkeit wurde eine kurze Untersuchung mit dem Titel "Ein exemplarischer Vergleich der Leistungen und der Leistungsverrechnung von verschiedenen stark medizinalisierten Einrichtungen der stationären Suchtbehandlung" durchgeführt, um der Arbeitsgruppe empirische Grundlagen für die Erfüllung ihres Auftrages zur Verfügung zu stellen (Wettach, 1999, unveröffentlicht, BAG Vertrag 90.000855/6106). Zudem fand im Rahmen des Projekts FiSu eine gross angelegte Umfrage bei allen stationären Einrichtungen im Drogen- und Alkoholbereich statt, um ein Bild über deren Finanzierungssituation in den Jahren 1995 bis 1998 zu erhalten (Herrmann, Güntzel, Simmel & Lehmann, 1999).

Die Gruppe "Arbeitsfeldbeschreibung" der FiSu legte fest, welche Leistungen die so genannten Arbeitsfelder umschrieben, die zur Bemessung der Finanzierungsleistungen dienen sollen. Die in diesem Bericht enthaltenen Standards wurden mit den Definitionen und Konzepten der Arbeitsgruppe koordiniert und im Laufe des Austausches wurden einzelne Standards formuliert.

Einführung einer neuen Suchthilfestatistik

Das BAG und das Bundesamt für Statistik (BfS) führen ein Projekt durch, dessen Ziel die Einführung einer neuen Suchthilfestatistik ist. Das ISF ist an diesem Projekt beteiligt. Im Rahmen der ISF-internen Koordination wurden die Interessen des vorliegenden Projekts aufgenommen und in die entsprechenden Gremien der neuen Suchthilfestatistik eingebracht.

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE

Die KOSTE koordiniert Informationen und Aktivitäten im Bereich der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. Zwischen der KOSTE und dem FOS fand eine intensive Zusammenarbeit auf mehreren Ebenen statt. Durch den Einsitz von Ueli Simmel, dem Leiter der KOSTE, in die Expertengruppe des vorliegenden Projekts war der Informationsaustausch sicher gestellt. Ein weiterer Punkt der Zusammenarbeit ergab sich im Bereich der Datenerhebung. Zur Erstellung des neuen Handbuchs der KOSTE zum stationären Therapiebereich stellte der

FOS die Daten der Erhebung von Strukturmerkmalen – unter der Bedingung des Einverständnisses der einzelnen Therapieeinrichtungen – der KOSTE zur Verfügung, um eine doppelte Erhebung derselben Informationen zu verhindern. In Zukunft soll die Datenerfassung für das Handbuch der KOSTE weiter, in Richtung einer elektronischen Informationssammlung, ausgebaut werden; entsprechende Schritte sind eingeleitet.

Qualitätsmanagementprojekt des VCRD

Der Verein Christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich (VCRD) ist seit Januar 1999 damit beschäftigt, ein Qualitätsmanagementsystem zu entwickeln. Das Projektteam war in Kontakt mit dem VCRD, um die Kompatibilität der verschiedenen Systeme und Arbeiten zu diskutieren.

1.3.5. Qualitätssicherung und -verbesserung bei den Therapieeinrichtungen

Ein wichtiger Bestandteil des Projekts stellte die Rückmeldung der Ergebnisse der Datenerhebung an die Therapieeinrichtungen dar. Die Ziele dieser Rückmeldungen waren die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung. Die Unterlagen boten einen Überblick über die Ergebnisse zur Strukturqualität und enthielten Angaben zur Prozessqualität. Das Feedback der Resultate der Kattamnese an die Institutionen fand im Rahmen der Nachbefragungsstudie FOS statt (Dobler-Mikola et al., 2000). Die Rückmeldung der Ergebnisse sollte den Einrichtungen ermöglichen, allenfalls vorhandene Qualitätslücken sowie deren Ursachen und Wirkungen zu erkennen.

Um das eigene Qualitätsniveau einzuschätzen, können Daten der eigenen Institution mit definierten Standards verglichen werden. Bei der Definition solcher Standards balanciert man immer zwischen einer empirischen Herleitung mit Hilfe von Forschungsergebnissen und einer normativen Festsetzung auf Grund von Expertenwissen. Bei den Rückmeldungen an die Institutionen wurden keine normativen Standards verwendet, sondern empirische Grundlagen: Die zusammengefassten Durchschnittswerte der anderen Therapieeinrichtungen dienten als erste Orientierungshilfe und Vergleichsmöglichkeit. Indem sich die Behandlungseinrichtungen anhand ihrer eigenen Ergebnisse positionieren konnten, sollte eine Diskussion und ein Prozess der Qualitätsentwicklung in Gang gesetzt werden. Zu diesem Zweck wurde zudem die Rückmeldung-Veranstaltung durchgeführt (siehe Kapitel 1.3.6.).

Die Rückmeldungen der Ergebnisse an die Einrichtungen teilten sich wie folgt auf: 23 Einrichtungen der Deutschschweiz wurden sowohl Ergebnisse zur Institutionsstruktur als auch zur Mitarbeiter- und Klientenbefragung zugestellt. Zwei Ein-

richtungen erhielten eine Rückmeldung auf die Erhebung der Struktur und diejenige bei den Mitarbeiter/innen. Weitere 48 Einrichtungen aus der Deutschschweiz und 18 aus der Romandie beziehungsweise dem Tessin hatten nur an der Strukturhebung teilgenommen und erhielten die entsprechenden Ergebnisse in Deutsch respektive Französisch.

Zur Einführung in die Umsetzung der Rückmeldungen erhielten die Therapieeinrichtungen Vorschläge hinsichtlich der Interpretation der Resultate und bezüglich Massnahmen zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Diese umfassten erstens Erklärungen zur Arbeitsweise und Implementierung von Qualitätszirkeln und zweitens ein Ablaufschema der Durchführung von kontinuierlicher Qualitätsverbesserung. Insbesondere wurde darauf geachtet, dass die Vorschläge mit dem Grobkonzept des Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA des BAG vereinbar waren, um Doppelspurigkeiten vorzubeugen.

Die Darstellung der Ergebnisse zur Struktur der Einrichtungen erfolgte in Form von 74 deskriptiven Tabellen. Diese bestanden aus je drei Spalten, die sich jeweils auf die eigene Einrichtung, auf eine Subgruppe mit ähnlicher Grösse sowie auf alle erfassten Institutionen bezogen. Die gewählte Darstellung ermöglichte es, das Strukturniveau der eigenen Einrichtung einerseits mit strukturähnlichen, andererseits mit den gesamtschweizerisch erfassten Institutionen zu vergleichen. Bei der Auswertung wurden die Einrichtungen, die ausschliesslich Familienplatzierungen anboten, bei der Zusammenfassung aller Institutionen ausgeklammert; sie erhielten indessen eine zusätzliche, separate Auswertung zugestellt.

Die Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter/innen waren in 17 Tabellen wiedergegeben. Die Darstellung der Zufriedenheit der Klient/innen mit der Therapie erfolgte in 56 Tabellen. Beide Rückmeldungen wiesen zwei Spalten auf, in welchen jeweils die eigenen Ergebnisse beziehungsweise die Durchschnittswerte der übrigen Institutionen aufgelistet waren.

1.3.6. Veranstaltungen

Im Rahmen des Projekts wurden mehrere Veranstaltungen durchgeführt. Dieses Vorgehen entsprach dem aus der Machbarkeitsstudie einer nationalen Klientendokumentation abgeleiteten Grundsatz des FOS, dass wichtige Informationen und Prozesse – wenn immer möglich – im Rahmen eines persönlichen Kontaktes mit den Behandlungseinrichtungen und im Sinne eines Lernprozesses erfolgen sollten (Dobler-Mikola, Schaaf & Uchtenhagen, 1994). Im Folgenden werden die Einführungsveranstaltung vom 10. Dezember 1998 für interessierte Institutionen, die Rückmeldung-Veranstaltung vom 21. Oktober 1999 zur Einführung in die Interpretation der Ergebnisse sowie das FOS Symposium

"Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie" vom 9. Dezember 1999 beschrieben.

Einführungsveranstaltung vom 10. Dezember 1998

Die Einrichtungen des FOS wurden – abhängig von der Möglichkeit ihrer Teilnahme am Projekt – unterschiedlich informiert. Die FOS-Mitglieder aus der Deutschschweiz und aus der Westschweiz sowie aus dem Tessin wurden im Dezember mit einer vierseitigen Broschüre über das Projekt ins Bild gesetzt (Anhang A). An der Veranstaltung vom 10. Dezember 1998 informierte das Projektteam diejenigen 28 Institutionen, die an der Erhebung der Ergebnisqualität im Rahmen der Nachbefragungsstudie FOS beteiligt waren und somit auch für die Erfassung der Prozessqualität in Frage kamen. Daran nahmen 24 Vertreter/innen aus 21 stationären Behandlungseinrichtungen teil. An dem Treffen entschieden sich bereits acht FOS-Mitglieder zur Teilnahme. Weitere 19 Einrichtungen haben sich in den darauffolgenden Wochen zu einer Teilnahme entschlossen.

Rückmeldung-Veranstaltung vom 21. Oktober 1999

Am 21. Oktober 1999 fand in Bern die Rückmeldung-Veranstaltung statt. An diesem Nachmittag wurde für interessierte Einrichtungen die Bedeutung und Interpretation der zurückgemeldeten Ergebnisse ausgeführt. Dies umfasste sowohl die Ergebnisse der Datenerhebung der Einrichtungsstruktur als auch derjenigen bei den Mitarbeiter/innen und den Klient/innen. Zudem wurden mögliche Schritte der Umsetzung der Ergebnisse im Hinblick auf eine Qualitätsverbesserung in den stationären Therapieeinrichtungen vorgestellt. Die auf Deutsch geführte und simultan auf Französisch übersetzte Veranstaltung wurde gut besucht, insgesamt nahmen 66 Personen teil. Neun davon kamen aus Therapieeinrichtungen aus der Westschweiz, 53 aus Deutschschweizer Institutionen und vier Personen besuchten die Veranstaltung im Rahmen ihrer Behördentätigkeit.

FOS Symposium vom 9. Dezember 1999

Das X. FOS Symposium vom 9. Dezember 1999 stand ganz im Zeichen der Qualität und trug den Titel "Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie". Es war das erste zweisprachige FOS Symposium, da eine Simultanübersetzung Deutsch-Französisch angeboten werden konnte. Es wurde mit namhaften Beiträgen vom Bundesamt für Gesundheit und vom MIGROS Kulturprozent unterstützt. In den Referaten wurde den 120 Teilnehmern / Teilnehmerinnen der Stand des Entwurfs der Standards, deren Entwicklung im Rahmen des vorliegenden Projekts erfolgte, sowie das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA des BAG vorgestellt. Weitere Vorträge gingen auf die strukturellen Rahmenbedingungen und den Koordinationsbedarf von Qualitätssicherung sowie auf die Qualitätssicherung aus der Sicht der Praxis ein. Anschlies-

send boten Arbeitsgruppen die Möglichkeit, die in den Referaten eingeführten Themenbereiche vertieft zu diskutieren. Traditionell wurde das Symposium mit einer Podiumsdiskussion abgeschlossen.

2. Methodik

Im vorliegenden Kapitel werden die zur Erörterung der einzelnen Fragestellungen angewandten statistischen Auswertungsmethoden beschrieben. Die statistischen Analysen wurden mit Hilfe des Statistikpakets SPSS für Macintosh (Version 6.1.1.) sowie mit Hilfe des HLM-Programms (Bryk, Raudenbush & Congdon, 1996, Version 4.01.01.) durchgeführt. Ergänzende methodische Anmerkungen finden sich jeweils in den entsprechenden Kapiteln.

Tests auf Unterschiede

Zur Beurteilung, ob sich die Variablenwerte zweier unabhängiger Stichproben signifikant unterscheiden, ist die Frage nach der Normalverteilung zentral. Waren die Werte der Variablen normalverteilt, so wurde ein T-Test verwendet. Dieser vergleicht die Mittelwerte der beiden Stichproben. Der Levene-Test prüft die Nullhypothese, dass die Varianzen der beiden Stichproben in der Grundgesamtheit gleich sind. Wenn das Ergebnis signifikant war, konnte die Nullhypothese zurückgewiesen werden. Das heisst, es wurde davon ausgegangen, dass sich die Varianzen in der Grundgesamtheit unterscheiden, und der T-Test für ungleiche Varianzen wurde als Grundlage der Beurteilung gewählt. Im anderen Fall, wenn das Ergebnis des Levene-Test nicht signifikant ausfiel, wurde der T-Test für gleiche Varianzen beigezogen. Zum Vergleich der Mittelwerte von gepaarten Stichproben wurde jeweils der entsprechende T-Test durchgeführt. Dabei wurden jeweils zwei Werte eines jeden Falles, beispielsweise die Einschätzungen der Befragten bezüglich zweier unterschiedlicher Zeiträume, miteinander verglichen. Bei nicht normalverteilten (oder nichtparametrischen) Variablen käme der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test zur Anwendung. Dieser oft auch U-Test genannte Test ist eine äusserst brauchbare Alternative zum T-Test.

Zusammenhangsmasse

Mit *Kontingenztabellen* wurde der Zusammenhang von Variablen sowohl nominalen wie auch ordinalen Niveaus untersucht. Das Prinzip der Kontingenztafel ist eine auf Grund der Häufigkeit der Ausprägungen der Variablen angenommene Verteilung. Je grösser die Abweichung der wirklichen von der erwarteten Verteilung ist, desto grösser ist der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Der heute gebräuchlichste Test ist der Chi-Quadrat-Test. Assoziationsmassen sind Indikatoren für die Stärke des Zusammenhangs zwischen den Variablen. In der vorliegenden Untersuchung wurde im Falle von nominalem Datenniveau das Assoziationsmass phi bei Vierfeldertafeln, bei den übrigen Kontingenztabellen Cramers V ermittelt. Sie ermöglichen einen schnellen Vergleich

von verschiedenen Zusammenhängen, da sie nie grösser als 1 oder kleiner als 0 sind.

Zur Berechnung des Zusammenhangs von intervallskalierten Variablen wurde der *Pearsonsche Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient* r berechnet. Der Koeffizient r gibt sowohl das Ausmass als auch die Richtung des Zusammenhangs an. Die Verwendung von r ist jedoch nicht immer problemlos: "Wie mehrfach betont, ist der Koeffizient r kein Mass der Beziehung schlechthin, sondern ein Mass der linearen Beziehung. Infolgedessen verbietet sich seine Verwendung, wenn die Annahme der Linearität nicht haltbar ist" (Benninghaus, 1974, 228).

Multiple lineare Regression

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen individuellen Charakteristika und dem Burnout der Suchtmitarbeiter/innen wurde anhand von multiplen linearen Regressionsverfahren durchgeführt. Die Regressionsanalysen erlaubten eine Aussage darüber, inwieweit die untersuchten individuellen Merkmale der Mitarbeiter/innen zur Ausprägung der Burnout-Symptomatik beitrugen. Auf Grund von theoretischen und sachlogischen Überlegungen wurden in einem ersten Schritt regressionsanalytische *Teilmodelle* gebildet und auf ihren Erklärungswert hin geprüft (Methode: enter). In einem zweiten Schritt wurden diejenigen Variablen, die im Rahmen der Teilmodelle einen Zusammenhang mit der abhängigen Variable aufwiesen, in ein *Schlussmodell* eingeführt.

Die unabhängigen Variablen wurden vor der Analyse anhand einer Korrelationsmatrix auf Multikollinearität geprüft. Bei vermuteter Multikollinearität wurden zudem während der Auswertungen die betroffenen unabhängigen Variablen einzeln ausgeschlossen, um aus der Veränderung der Parameter weitere Hinweise zu erhalten (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 1994).

Zu den in den Tabellen des vorliegenden Berichtes angegebenen Grössen ist Folgendes zu vermerken: Als erstes wurde für jedes der aufgestellten Regressionsmodelle die Grösse R^2 angegeben. R^2 wird auch als "Fit" der Gleichung bezeichnet und gibt an, wie viel Varianz der abhängigen Variable durch die in das Modell eingeführten unabhängigen Variablen insgesamt erklärt wird. Über den Prüfwert F konnte die Signifikanz p von R^2 ermittelt werden, das heisst die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Annahme eines Zusammenhanges zwischen dem Pool der unabhängigen Variablen einerseits und der abhängigen Variable andererseits. Zwischen den einzelnen unabhängigen Variablen und dem Burnout-Gesamt-Score wurden jeweils ein Beta-Koeffizient und ein *standardisierter* Beta-Koeffizient berechnet. Bei der Interpretation der Ergebnisse wurde zunächst auf das Vorzeichen der Koeffizienten geschaut, um zu ermitteln, ob der untersuchte Zusammenhang negativ oder positiv war. Ein Korrelationskoeffizient Beta von .05 bedeutet, dass ein Anstieg der betreffenden unabhängigen Variable um eine Einheit eine Zunahme der abhängigen Variable um .05 Punkte zur Folge hatte.

Die Angabe der standardisierten Beta-Koeffizienten erfolgte deshalb, weil dies einen Vergleich des Erklärungswerts aller einzelnen unabhängigen Variablen innerhalb des gleichen Modells, aber auch über verschiedene Analysen hinweg, ermöglichte. Schliesslich wurde anhand des Signifikanzniveaus der Koeffizienten ermittelt, ob die untersuchten Zusammenhänge statistisch signifikant waren (Backhaus et al., 1994; Brosius & Brosius, 1995).

Analysen auf der Basis des Hierarchisch Linearen Modells (HLM)

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Institutionsmerkmalen und den individuellen Aspekten der Klient/innen erfolgte anhand von hierarchischen Analysen, oder auch Mehrebenenanalysen genannt. Zahlreiche Datensätze, die in der sozialwissenschaftlichen Forschung analysiert werden, haben eine hierarchische Struktur. Auch im vorliegenden Fall lagen hierarchische Datenstrukturen vor. Dies bedeutet, dass die individuellen Untersuchungseinheiten übergeordneten Einheiten, den Therapieeinrichtungen, zugeteilt waren. Um neben den Effekten der Therapieeinrichtungs- und Klientenvariablen auch deren Zusammenwirken zu berücksichtigen, wurden somit Mehrebenenanalysen durchgeführt. Der Grund für diese Vorgehensweise ist darin zu suchen, dass die Daten in einer Weise vorlagen, dass für alle von einer Einrichtung betroffenen Personen die gleichen Ausprägungen für die institutionellen Variablen bestanden (zum Beispiel war der Anteil an Klient/innen mit Einzelzimmer in einer Therapieeinrichtung für alle Klient/innen derselben Institution gleich). Falls nun solche Variablen in individuelle Analysen, zum Beispiel Regressionsanalysen über Klient/innen, eingebaut worden wären, hätte dies die Voraussetzung der Unabhängigkeit zwischen den Fällen verletzt, und es wäre zu ineffizienten und verzerrten Schätzwerten gekommen. In hierarchischen Analysen werden deshalb simultan sowohl die individuellen als auch die institutionellen Einflüsse in mehreren Gleichungen geschätzt (Bryk et al., 1996; Ditton, 1998).

Es wurden folgende Grenzwerte für die Reliabilität und die Signifikanz festgesetzt. Eine Reliabilität von über .3 wurde als genügend betrachtet, um weitere Analysen durchzuführen. Bei Reliabilitäten unter .3 fanden keine weiteren Auswertungen statt. Bei der Berechnung des Zusammenhangs mit unabhängigen Variablen wurden auch marginale Signifikanzen von $p \leq .10$ mit einbezogen, da mit der vorliegenden Stichprobengrösse nur grosse Effekte signifikant wurden.

Als Mass für den Zusammenhang zwischen den Institutionsmerkmalen und den metrischen abhängigen Variablen, zum Beispiel der Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums, wurde der Koeffizient Beta angegeben. Die Bedeutung von Beta ergibt sich aus der Ausprägung der unabhängigen Variablen wie beispielsweise der Anzahl Stellenprozente pro Klientenplatz. Mit jeder Einheit der unabhängigen Variablen veränderte sich die abhängige Variable um den Faktor Beta. Dabei konnte Beta auch negative Werte annehmen, die abhängige Variable verringerte sich in diesem Fall pro Einheit der unabhängigen Va-

riable. Ein Beta von $-.05$ bedeutete, dass sich die abhängige Variable – also beispielsweise die Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums mit den möglichen Werten -3 bis $+3$ – pro Stellenprozent um $.05$ verringerte. Wenn eine Institution 50 Stellenprocente pro Platz aufwies und eine andere 80, so zeigten die Klient/innen der zweiten Einrichtung in diesem statistischen Modell 1.5 Punkte⁷ mehr negative Veränderung hinsichtlich des Konsums von Opiaten und/oder Kokain als die Klient/innen der Einrichtung mit 50 Stellenprozenten pro Platz. Mit anderen Worten, die Klient/innen in Einrichtungen mit mehr Stellenprozenten pro Platz zeigten in diesem Beispiel weniger positive Veränderungen bezüglich des Opiat- und/oder Kokainkonsums.

Als Mass des Zusammenhangs zwischen den Institutionsmerkmalen und dem Therapieverlauf der Klient/innen wurde bei dichotomen abhängigen Variablen ein adjustiertes Odds-Ratio angegeben. Ein Odds-Ratio kleiner als 1 bedeutete, dass das untersuchte Behandlungsstellenmerkmal protektiven Charakter hatte, das heisst, die Wahrscheinlichkeit der untersuchten Grösse – zum Beispiel des Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klientele – verminderte. Demgegenüber brachte ein Odds-Ratio grösser als 1 zum Ausdruck, dass das betreffende Institutionsmerkmal die Wahrscheinlichkeit der untersuchten Grösse erhöhte, es wies also auf eine grössere Wahrscheinlichkeit eines Konsums von Opiat- und/oder Kokain hin (Tabachnick & Fidell, 1996; Rothman & Greenland, 1998).

⁷ Berechnet als: $(80 - 50) \text{ mal } -.05 = 30 \text{ mal } -.05 = -1.5$

3. Ausgewählte Strukturmerkmale der stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige

3.1. Einführung

In Theorie und Praxis von Qualitätsbelangen hat sich die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bewährt (Donabedian, 1966). In diesem Kapitel steht die Qualität der Struktur im Zentrum. Unter dieser ist das quantitative und qualitative Gesamt an gesundheitspolitischen, organisatorischen, finanziellen, baulich-räumlichen, apparativen und personellen Ressourcen subsummiert, welche einen gezielten Einsatz der rehabilitativen Massnahmen ermöglichen.

Die vorliegende Untersuchung orientierte sich an der Vorgängerstudie, in welcher relevante Strukturmerkmale von stationären Therapieangeboten für Drogenabhängige identifiziert wurden (Wettach et al., 1997). Das Ziel jener Studie war die Erarbeitung von grundlegenden Informationen zum Thema "Qualitätserfassung in Suchtbehandlungen" und die Entwicklung von Instrumenten zur Erhebung von Behandlungsqualität. Die Basis dazu bildeten 16 Interviews mit Expert/innen aus der Praxis und der Forschung, welche inhaltsanalytisch ausgewertet wurden, um Qualitätsindikatoren der Struktur und des Prozesses von Behandlungen zu eruieren. Die Auswahl der Expert/innen fand nach den Kriterien der Forschungserfahrung und des Wissens über die Suchttherapie statt. Zwei Experten stammten aus der Praxis der stationären Therapie und zwei aus der Praxis der ambulanten Behandlung. Jeweils ein Experte war in der Forschung über ambulante Angebote beziehungsweise der Praxis und Forschung von Entzugsprogrammen tätig. Danach fanden zehn zusätzliche Leitfadenterviews mit Leiter/innen von stationären Therapieeinrichtungen statt.

Als wichtige Kategorien der Struktur wurden von den Experten die personellen Ressourcen, betriebsorganisatorische Aspekte, die Möglichkeit zur Reflexion über Team- und Klientenprozesse, die Räumlichkeiten, die Vernetzung, das Therapiekonzept sowie die Therapieorganisation und die Finanzierungsstruktur genannt. Die Interviews mit den Institutionsleiter/innen aus dem stationären Therapiebereich ergaben vertiefte Hinweise zur Behandlungsqualität. Im Vergleich zu den Indikatoren der Strukturqualität aus den Experteninterviews wurden zusätzlich die Kategorien Arbeitsmethoden, Klienteninformation und interne sowie externe Evaluation genannt.

3.2. Fragestellung

In der Untersuchung von Wettach et al. (1997) wurden aus den Interviews mit den Expert/innen Merkmale der Struktur von Einrichtungen des Suchthilfebereichs herausgearbeitet, welche in Hinsicht auf die Qualität als relevant betrachtet wurden. In der vorliegenden Studie wurde nun untersucht, wie folgende Merkmale bei den schweizerischen stationären und teilstationären⁸, abstinenzorientierten Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige verteilt waren: die betriebsorganisatorischen Aspekte, das Therapiekonzept, die Dokumentation, die Vernetzung, die Therapieorganisation, die externe Evaluation, die personellen Ressourcen, die Möglichkeit zur Reflexion über Team- und Klientenprozesse sowie die Tagespauschalen. Folgende konkrete Fragen sollten beantwortet werden.

Betriebsorganisation

1. Wie hoch war der schriftlich festgehaltene Organisationsgrad der Therapieeinrichtungen?

Unter dem Organisationsgrad wurden schriftliche Gesamtkonzepte, Organigramme, Funktionspläne, Kompetenzregelungen sowie Hausordnungen zusammengefasst.

2. Wieviele Institutionen führten ein Finanzcontrolling durch?
3. Fand eine Erfassung der Arbeitszeiten der Angestellten statt?

Therapiekonzept

4. Hatten die Einrichtungen ein schriftliches therapeutisches Konzept?
5. Wann wurde das therapeutische Konzept das letzte Mal revidiert beziehungsweise wie alt war es?

Dokumentation

6. Führten die Institutionen Klientendossiers nach einheitlichen Vorgaben?
7. Liessen die Therapieeinrichtungen externe Evaluationen durchführen?

Vernetzung

8. Waren die Einrichtungen in eine übergeordnete Struktur wie beispielsweise eine Therapiekette oder ein Therapienetz eingebettet?

⁸ Teilstationäre Angebote bieten einen Aufenthalt für eine bestimmte Zeitdauer an, jedoch ist das Tagesangebot im Vergleich zu den stationären Programmen reduziert. Teilstationäre Angebote offerieren "umfassende Behandlungsmöglichkeiten, die weitgehend den stationären gleichen. Es wird mit und in Gruppen gearbeitet, die Kosten sind niedriger als bei stationären Einrichtungen. An die Klient/innen werden jedoch höhere Anforderungen bezüglich Motivation gestellt und (es, Anm. d. V.) (...) besteht die Gefährdung durch die Verfügbarkeit von Drogen und Szenenähne" (Schaaf et al., 1997, 33f).

Therapieorganisation

9. Wie hoch war der Individualisierungsgrad der Institutionen?

10. Welche diagnostischen Verfahren wurden angewendet?

Personelle Ressourcen

11. Wie hoch war das Ausmass der vorhandenen personellen Ressourcen?

Dabei standen die verfügbaren Stellenprozente, die Berufserfahrung und die Ausbildung der Mitarbeiter/innen im Zentrum der Fragestellung.

Reflexion über Klienten- und Teamprozesse

12. Wie verbreitet war die Durchführung von Supervision?

Tagespauschalen

13. Wie hoch waren die Tages-Steuer für kantonale, ausserkantonale und Massnahme-Klient/innen?

14. Wie hoch waren die Tages-Steuer für kantonale, ausserkantonale und Massnahme-Klient/innen in Abhängigkeit von der Grösse der Institution?

3.3. Methodik

3.3.1. Design

Es wurde eine Vollerhebung bei den schweizerischen stationären und teilstationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige durchgeführt. Die Institutionen boten abstinenzorientierte Behandlungen, meistens im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften, an. Die Erhebung der Strukturmerkmale fand in einem Querschnitt mit einem postalisch zugestellten Fragebogen statt. Neben Angaben zur Grundstruktur und dem Therapiekonzept wurden auch Informationen über die Mitarbeiter/innen und über die Klientele gesammelt. Ausgewählte Informationen wurden deskriptiv analysiert.

3.3.2. Stichprobe

Die Grundgesamtheit bestand aus Therapieeinrichtungen der Schweiz, die folgenden Kriterien entsprachen: eigenständiges, stationäres oder teilstationäres Angebot für Drogenabhängige; bei gemischter Klientele mindestens 50% Anteil an Klient/innen mit Drogenproblemen; grundsätzliche Abstinenzorientierung; therapeutisches, rehabilitatives und/oder reintegratives Angebot; Therapiedauer mindestens drei Monate.

Insgesamt konnten mit dem zur Verfügung stehenden Informationsmaterial⁹ 136 Einrichtungen identifiziert werden, die diesen Kriterien entsprachen. Davon beteiligten sich 97 Institutionen an der Erhebung. Drei Einrichtungen wollten indessen nicht, dass ihre Daten für weitergehende Analysen verwendet wurden, und eine Institution schickte nur einen Teil des Bogens zurück. Somit resultierte eine Stichprobe von 93 Einrichtungen, was einem Rücklauf von 68% entsprach. Die Erhebung fand in drei Etappen statt. Die ersten beiden Erhebungen wurden im zweiten beziehungsweise dritten Quartal 1998 in der Deutschschweiz durchgeführt. 64 Einrichtungen reichten damals den Fragebogen ein: 57 im zweiten Quartal und sieben im dritten Quartal 1998. Im Frühjahr 1999 wurde die Erhebung ausgedehnt und Einrichtungen aus der Romandie und dem Tessin sowie weitere interessierte Deutschschweizer Institutionen mit einbezogen. Weitere 29 Institutionen schickten darauf den Fragebogen zurück.

3.3.3. Instrumente und Operationalisierung

Die Datenerhebung erfolgte mittels zweier standardisierter Fragebogen, die in Deutsch und Französisch vorlagen: der MIDES stationär und der MIDES Zusatzbogen (Schaaf et al., 1997; Wettach et al., 1997). MIDES steht für Modulares Instrument zur Deskription von Suchtbehandlung. Das Hauptinstrument MIDES stationär ist in vier Abschnitte gegliedert: Grundangaben, Konzept, Team und Klientele. Ergänzend zum MIDES stationär wurde 1999 der MIDES Zusatzbogen verschickt, mit dem einzelne Fragestellungen von MIDES stationär vertieft sowie Aspekte der Steuerung des Behandlungsprozesses erfasst wurden. Für die ausführliche Beschreibung der Entwicklung des Instrumentes wird auf die Arbeiten von Schaaf et al. (1997) und Wettach et al. (1997) verwiesen. Die folgenden Operationalisierungen von Variablen aus dem MIDES wurden für diese Untersuchung verwendet.

1. Die Fragen nach den Konzepten und Plänen erfolgten direkt und konnten mit "ja" oder "nein" beantwortet werden (0 für "nein", 1 für "ja"). Es handelte sich dabei um das Gesamtkonzept, das Organigramm, den Funktionsplan, die Kompetenzregelung, den Plan des Informationsflusses und die Hausordnung.
2. Zum Finanzcontrolling konnte – sich gegenseitig ausschliessend – angegeben werden, ob es durch die Trägerschaft (1), durch eine unabhängige In-

⁹ Folgende Informationsquellen wurden benutzt: die Einrichtungsliste des FOS (KOFOS, 1999), das KOSTE Handbuch (KOSTE, 1998) sowie das Verzeichnis der Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich (BAG, 1999).

- stanz (2), durch die Trägerschaft und durch eine unabhängige Instanz durchgeführt wurde (3) oder ob gar kein Finanzcontrolling stattfand (4).
3. Die Erfassung der Arbeitszeiten des Personals (0 für "nein", 1 für "ja").
 4. Das Vorliegen eines schriftlichen therapeutischen Konzepts (0 für "nein", 1 für "ja").
 5. Der Zeitpunkt, zu welchem das therapeutische Konzept zum letzten Mal revidiert wurde (Angabe von Monat und Jahr).
 6. Die Einrichtungen konnten angeben, ob sie Klientendossiers beziehungsweise Krankengeschichten nach einheitlichen Vorgaben führten (1), ob sie Klientendossiers beziehungsweise Krankengeschichten führten und die Form den Mitarbeiter/innen überliessen (2) oder ob sie keine Klientendossiers beziehungsweise Krankengeschichten hatten (3).
 7. Zur externen Evaluation wurden die Institutionen gefragt, ob sie eine Klient/innen-Dokumentation (1), eine Ergebnisevaluation inklusive Klient/innen-Dokumentation (2), eine andere Art von externer Evaluation (3) oder keine externe Evaluation durchführen liessen (4).
 8. Die Institutionen vermerkten, ob sie im Rahmen ihrer Trägerschaft in eine Therapiekette (1), in ein Therapienetz (2) oder weder in das Eine noch das Andere (3) eingebunden waren.
 9. Die Einrichtungen konnten angeben, ob sie eine Individualisierung der Therapie vornahmen und einen individuellen Therapieplan erstellten. Es gab folgende, sich gegenseitig ausschliessende Antwortmöglichkeiten: keine Individualisierung der Therapie (1), Individualisierung nur in zeitlicher Hinsicht (2), Individualisierung nur gemäss Indikation (3), Individualisierung in zeitlicher Hinsicht und gemäss Indikation (4).
 10. Die Fragen nach den standardmässig durchgeführten diagnostischen Verfahren erfolgten direkt und konnten mit "ja" oder "nein" beantwortet werden (0 für "nein", 1 für "ja"). Es handelte sich um die Fragen nach der Suchtdiagnostik, der psychiatrisch-psychologischen Diagnostik, der somatisch-medizinischen Diagnostik, der Erhebung der Lebensgeschichte sowie nach der Erhebung der Krankheits- und Behandlungsanamnese.
 11. Die Stellenprozente pro Therapieplatz wurden wie folgt erfasst: Für jeden/jede Mitarbeiter/in wurde erhoben, wie viele Stellenprozente er/sie arbeitete. Bei jeder einzelnen Einrichtung wurde die jeweilige Summe dieser Angaben durch die Anzahl ihrer Therapieplätze dividiert.
 12. Die Anzahl Jahre Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchthilfebereich wurde in Jahren erfasst.

13. Die Ausbildung der Mitarbeiter/innen wurde anhand der Grundausbildung und zwei möglichen Zusatzausbildungen erhoben. Diese wurden in 13 Kategorien zusammengefasst. Wenn von einer Person mehrere Ausbildungen angegeben wurden, erfolgte die Zuteilung gemäss der folgenden Reihenfolge: Arzt/Ärztin, psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung, sozialarbeiterische-sozialpädagogische Ausbildung, medizinisch-pflegerische Berufsausbildung, pädagogische Berufsausbildung, andere therapeutische Ausbildung, Zusatzausbildung für leitende Funktion, Lehre im Dienstleistungsbereich, gewerblich-industrielle Lehre, kaufmännische Lehre, übrige Berufsausbildungen, keine abgeschlossene Berufsausbildung, unbekannte Ausbildung. Das heisst, wenn eine Person eine Ausbildung in einer vorher genannten Kategorie aufwies, wurde sie dieser zugeordnet, auch wenn sie ebenfalls eine Ausbildung in einer später genannten Richtung gemacht hatte.
14. Die Supervision mit dem therapeutischen Personal wurde in Stunden pro Monat erfasst. Zusätzlich konnte angegeben werden, ob diese obligatorisch oder nach Bedarf stattfanden (0 für "keine", 1 für "obligatorisch", 2 für "nach Bedarf").
15. Die Supervision mit dem nicht direkt therapeutisch arbeitenden Personal wurde analog zu Punkt 14 erhoben.
16. Die Tages-Taben für kantonale, ausserkantonale und Massnahme-Klient/innen wurden in Franken erfasst.

3.3.4. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines postalisch zugestellten Fragebogens. Dieser war an die Leitung der einzelnen Einrichtungen adressiert, mit der Bitte, den Bogen innerhalb eines Monates ausgefüllt zurückzusenden. Nach Verstreichen der Frist wurde eine Erinnerung versandt. Die Angaben zur jeweiligen Einrichtung wurden von einer Mitarbeiterin der Forschungsstelle überprüft und bei Ungereimtheiten oder Missverständnissen fand eine telefonische Klärung statt.

Die Erhebung der Informationen erfolgte zu drei verschiedenen Zeitpunkten. Im zweiten Quartal 1998 erhielten alle Deutschschweizer FOS-Einrichtungen den MIDES stationär. Weiteren Einrichtungen wurde dasselbe Instrument im Rahmen von Erhebungen im dritten Quartal 1998 zugestellt. Im Frühjahr 1999 erfolgte die Erhebung bei den Einrichtungen der französischsprachigen Schweiz sowie des Tessins. Zudem wurde an diejenigen Deutschschweizer Institutionen, die 1998 nicht geantwortet hatten, nochmals ein Bogen gesandt. Ein weiteres In-

strument – den MIDES Zusatzbogen – bekamen alle Einrichtungen ebenfalls im Frühjahr 1999 zugestellt.

3.3.5. Auswertungsmethoden

Die Analysen erfolgten mit den Häufigkeitsauszählungen des Programmpaketes SPSS 6.1.1. sowie mit den Funktionen, die Mittelwerte und Standardabweichungen berechnen.

3.4. Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung von ausgewählten Strukturmerkmalen der in dieser Studie untersuchten Therapieeinrichtungen. Es handelt sich dabei um die betriebsorganisatorischen Aspekte, das Therapiekonzept, die Dokumentation, die Vernetzung, die Therapieorganisation, die externe Evaluation, die personellen Ressourcen, die Möglichkeit zur Reflexion über Team- und Klientenprozesse sowie die Tagespauschalen.

Von den 93 untersuchten Institutionen bezeichneten sich 85 als stationäre und acht als teilstationäre Einrichtungen. Der Abbildung 3.1. ist zu entnehmen, in welcher Sprachregion der Schweiz die Therapieinstitutionen ihren Standort hatten.

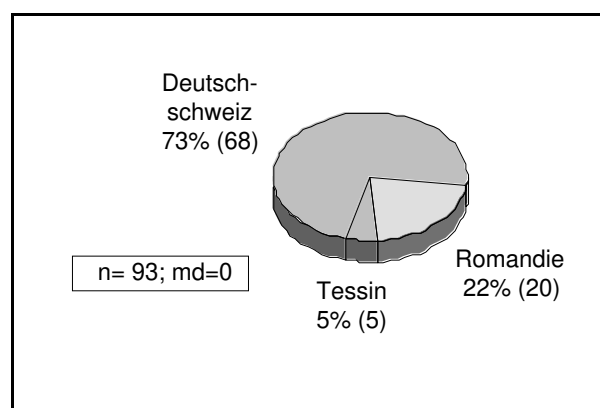


Abbildung 3.1. Verteilung der untersuchten Therapieeinrichtungen auf die Sprachregionen

Drei Viertel der untersuchten Therapieeinrichtungen befanden sich in der Deutschschweiz und 22% hatten ihren Sitz in der Romandie (Abbildung 3.1.). Weitere 5% der Therapieeinrichtungen hatten ihren Standort im Kanton Tessin.

Abbildung 3.2. gibt darüber Auskunft, wie viele Therapieplätze in den einzelnen Einrichtungen zur Verfügung standen.

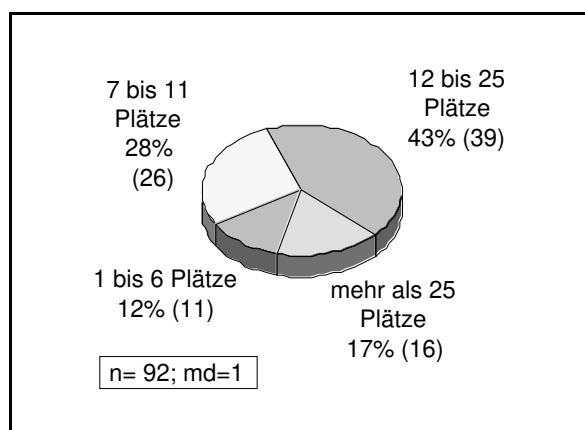


Abbildung 3.2. Anzahl Therapieplätze pro Institution

43% der 92 untersuchten Institutionen boten zwölf bis 25 Therapieplätze an (Abbildung 3.2.). Jeweils sieben bis elf Klient/innen konnten in einem weiteren Viertel der Institutionen aufgenommen werden. In 18% der Therapieeinrichtungen standen mehr als 25 Plätze zur Verfügung. In jeder achten Institution wurden zwischen einem und sechs Therapieplätze angeboten.

Die 16 Institutionen, die mehr als 25 Plätze hatten, boten zusammen 42% des gesamten, erfassten Platzangebotes von 1555 Betten an (Tabelle 3.1.). Einen leicht geringeren Anteil wiesen die 39 Therapieeinrichtungen auf, die zwischen zwölf und 25 Plätzen hatten. Knapp jeder fünfte Therapieplatz befand sich in einer Institution, die weniger als zwölf Betten aufwies.

Tabelle 3.1. Anzahl Plätze pro Grössenkatgorie

Anzahl Plätze pro Grössenkatgorie	Anzahl Plätze	Anteil in Prozenten
1 bis 6 Plätze	54	3.5%
7 bis 11 Plätze	237	15.2%
12 bis 25 Plätze	607	39.0%
mehr als 25 Plätze	657	42.3%
Total	1555	100.0%

Anzahl untersuchter Therapieeinrichtungen n=92; missing data=1

Plätze pro Einrichtung: Mittelwert 16.9, Standardabweichung 13.8, Minimum 3, Maximum 90

Im Folgenden werden *betriebsorganisatorische Aspekte* dargestellt. Abbildung 3.3. gibt darüber Auskunft, in wie vielen untersuchten Therapieeinrichtungen schriftlich festgelegte Gesamtkonzepte, Organigramme, Funktionspläne, Kom-

petenzregelungen, Pläne über den Informationsfluss sowie Hausordnungen vorlagen.

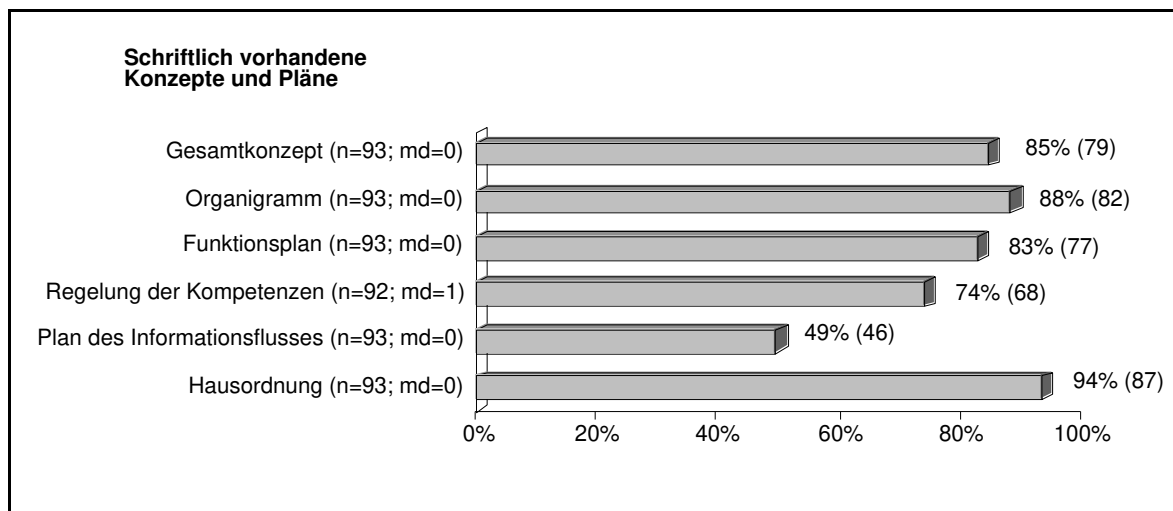


Abbildung 3.3. Häufigkeit von schriftlichen Konzepten und Plänen in den untersuchten Therapieeinrichtungen

In den meisten Institutionen lagen Gesamtkonzepte (85%), Organigramme (88%), Funktionspläne (83%), Kompetenzregelungen (74%) sowie Hausordnungen (94%) in schriftlicher Form vor (Abbildung 3.3.). Lediglich in Bezug auf die schriftliche Beschreibung der internen Informationsflüsse zeigte sich ein anderes Bild: In der Hälfte der Einrichtungen gab es keine solchen schriftlichen Pläne.

Weiter wurden die Vertreter/innen der Therapieeinrichtungen darüber befragt, ob in ihrer Institution ein "Finanzcontrolling" durchgeführt wurde und, wenn ja, welche Instanz damit beauftragt war (Abbildung 3.4.).

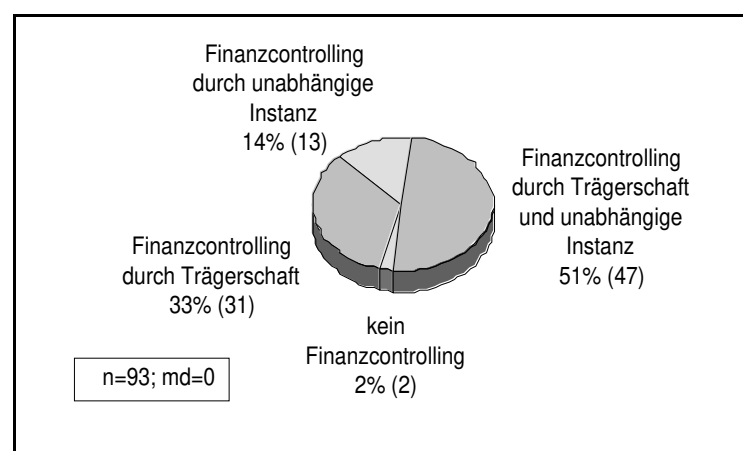


Abbildung 3.4. Durchführung von Finanzcontrolling in den Therapieeinrichtungen

In beinahe allen untersuchten Therapieeinrichtung wurde ein Finanzcontrolling durchgeführt: In einem Drittel der Fälle geschah dies durch die Trägerschaft der jeweiligen Institution, während in jeder siebten Einrichtung eine unabhängige Instanz damit beauftragt war (Abbildung 3.4.). In der Hälfte der Therapieeinrichtungen wurde das Finanzcontrolling sowohl durch eine unabhängige Instanz als auch durch die Trägerschaft der Institution durchgeführt.

Aus Abbildung 3.5. ist ersichtlich, ob in den untersuchten Therapieeinrichtungen die Arbeitszeiten des Personals erfasst wurden.

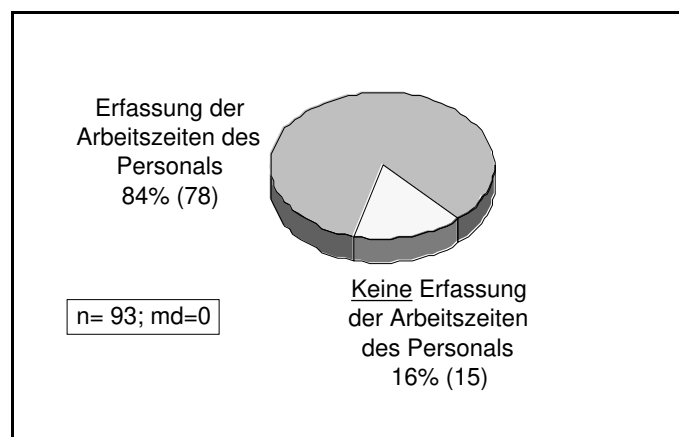


Abbildung 3.5. Erfassung der Arbeitszeiten des Personals in den Therapieeinrichtungen

In 84% der untersuchten Therapieeinrichtungen erfolgte eine Erfassung der Arbeitszeiten der Mitarbeiter/innen, während dies in 16% der Einrichtungen nicht der Fall war (Abbildung 3.5.).

In den nächsten Graphiken sind die Resultate zum *therapeutischen Konzept* dargestellt. Aus Abbildung 3.6. ist ersichtlich, wie viele der untersuchten Therapieeinrichtungen ein schriftliches therapeutisches Konzept besaßen.

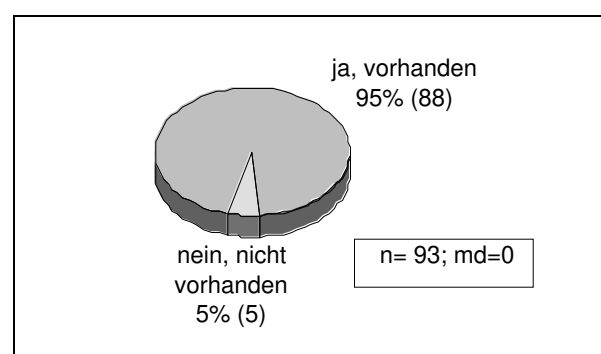


Abbildung 3.6. Vorhandensein von schriftlichen therapeutischen Konzepten

In 95% der untersuchten stationären Therapieeinrichtungen lagen schriftliche therapeutische Konzepte vor (Abbildung 3.6.). Nur jede zwanzigste Institution wies kein solches Konzept auf.

Die Mitarbeiter/innen der Therapieeinrichtungen gaben darüber Auskunft, zu welchem Zeitpunkt die letzte Überarbeitung der therapeutischen Konzepte erfolgt war (Tabelle 3.2.).

Tabelle 3.2. Zeitpunkt der letzten Revision des therapeutischen Konzepts

Zeitpunkt der letzten Revision des therapeutischen Konzepts	Anzahl Therapieeinrichtungen	Anteil in Prozenten
im letzten Jahr	54	61.4%
vor 1 bis 2 Jahren	26	29.6%
vor 3 bis 4 Jahren	4	4.5%
vor 5 und mehr Jahren	4	4.5%
Total	88	100.0%

Anzahl untersuchter Therapieeinrichtungen n=88; missing data=0

Zeitpunkt der letzten Überarbeitung des therapeutischen Konzepts: Mittelwert 14.9 Monate, Standardabweichung 20.0 Monate, Minimum 0 Monate, Maximum 104 Monate

In der Mehrheit der Therapieeinrichtungen erfolgte die letzte Revision des therapeutischen Konzepts noch im letzten Jahr vor der Befragung (61%; Tabelle 3.2.). In 30% der Institutionen wurde das Konzept ein bis zwei Jahre vor der Befragung letztmals überarbeitet. Nur in wenigen Einrichtungen lag die letzte Revision des therapeutischen Konzepts drei bis vier Jahre beziehungsweise fünf und mehr Jahre zurück.

Zum Thema der *Dokumentation* wurden Fragen zu den Klientendossiers und zur externen Evaluation gestellt. Die Befragten machten darüber Angaben, ob in ihrer Institution Klientendossiers beziehungsweise Krankengeschichten geführt wurden und, falls ja, in welcher Form das Führen dieser Dossiers erfolgte.

Ausser in einer wurden in allen untersuchten Therapieeinrichtungen Klientendossiers oder Krankengeschichten geführt. In knapp drei Viertel der Einrichtungen wurden diese Dossiers gemäss ihrer Einschätzung nach einheitlichen Vorgaben erstellt, während die übrigen Institutionen die Art und Weise der Führung von Klientendossiers den Mitarbeiter/innen überliessen (Abbildung 3.7.).

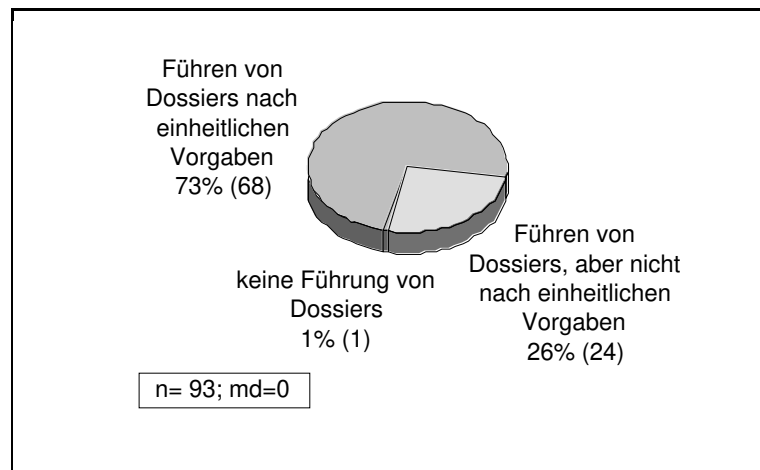


Abbildung 3.7. Führung von Klientendossiers oder Krankengeschichten in den untersuchten Therapieeinrichtungen

Weiter wurde ermittelt, ob die Therapieeinrichtungen eine externe Klienten- und/oder Ergebnisevaluation sowie allfällige anderweitige externe Evaluationen durchführen liessen.

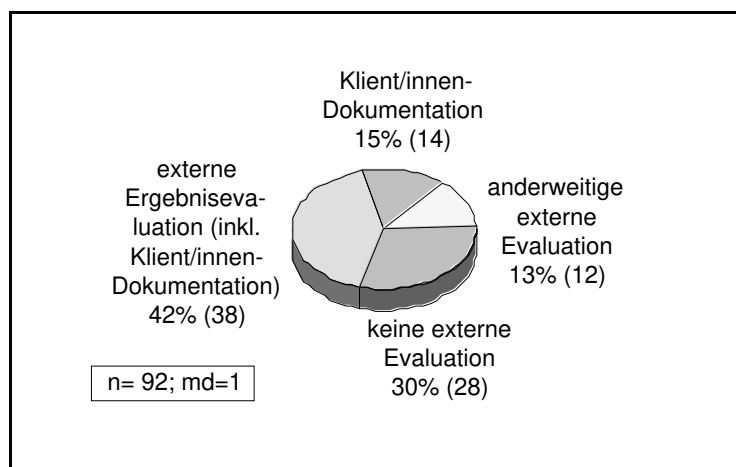


Abbildung 3.8. Durchführung externer Evaluationen

42% der untersuchten Therapieeinrichtungen liessen von einer externen Stelle eine Evaluation des weiteren Verlaufs der Klient/innen nach der Therapie durchführen (Abbildung 3.8.). Diese beinhaltete auch eine Erhebung der Klient/innen-Dokumentation, das heisst, die Erfassung von Eintritts- und Austrittsdaten der einzelnen Klient/innen. In 15% der Fälle fand ausschliesslich eine externe Erhebung der Klient/innen-Dokumentation statt. Und in 13% der Einrichtungen erfolgten anderweitige externe Evaluationen. Schliesslich gaben 30% der Befragten an, es würden in ihrer Institution keine externen Evaluationen durchgeführt.

Die *Vernetzung* der Einrichtungen wurde anhand eines Kriteriums betrachtet: Wie viele der untersuchten Institutionen im Rahmen ihrer Trägerschaft Teil einer Therapiekette oder eines Therapienetzes waren, wird in Abbildung 3.9. dargestellt.

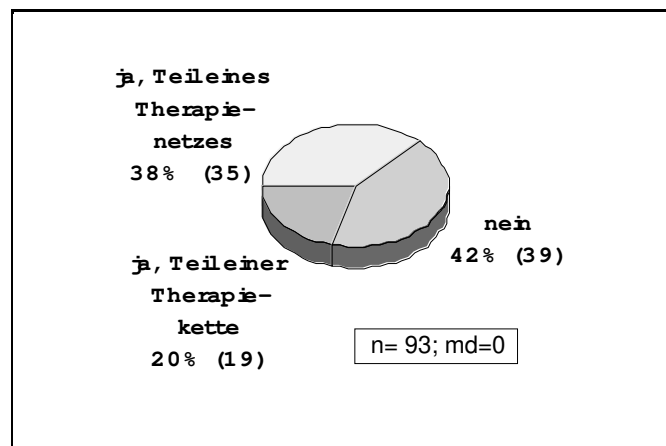


Abbildung 3.9. Institutionen als Teil einer Therapiekette oder eines Therapienetzes im Rahmen der Trägerschaft

58% der untersuchten Institutionen gehörten innerhalb ihrer Trägerschaft einer Therapiekette oder einem Therapienet an (Abbildung 3.9.). Demgegenüber waren gut zwei von fünf Institutionen nicht Teil einer Therapiekette oder eines Therapienetzes.

Ausgewählte *Merkmale der Therapieorganisation* sind im Folgenden aufgeführt. In wie vielen der untersuchten Therapieeinrichtungen individuelle Behandlungspläne für die Klient/innen erstellt wurden, kann Tabelle 3.3. entnommen werden.

Tabelle 3.3. Individualisierung der Therapie

Individualisierung der Therapie	Anzahl Therapieeinrichtungen	Anteil in Prozenten
ja, Standardprogramm mit zusätzlichen Therapiemassnahmen gemäss Indikation	23	24.7%
ja, Individualisierung nur in zeitlicher Hinsicht	2	2.2%
ja, Individualisierung gemäss Indikation und in zeitlicher Hinsicht	65	69.9%
nein, keine Individualisierung	3	3.2%
Total	93	100.0%

Anzahl untersuchter Therapieeinrichtungen n=93; missing data=0

In der grossen Mehrheit der Institutionen wurde für jeden Klienten / jede Klientin ein individueller Therapieplan, sowohl bezüglich der jeweiligen Indikation als auch in zeitlicher Hinsicht, ausgearbeitet (Tabelle 3.3.). In einem Viertel der Einrichtungen war eine Individualisierung der Therapie der Klientele ausschliesslich bezüglich der betreffenden Indikation möglich, während in zwei Programmen eine Anpassung des Therapieplans an die Bedürfnisse des Klienten / der Klientin nur in zeitlicher Hinsicht stattfand. Schliesslich gaben 3% der Befragten an, in ihrer Einrichtung würden keine individuellen Therapiepläne erstellt.

Welche diagnostischen Abklärungen standardmässig in den untersuchten Therapieeinrichtungen durchgeführt wurden, ist aus Abbildung 3.10. ersichtlich.

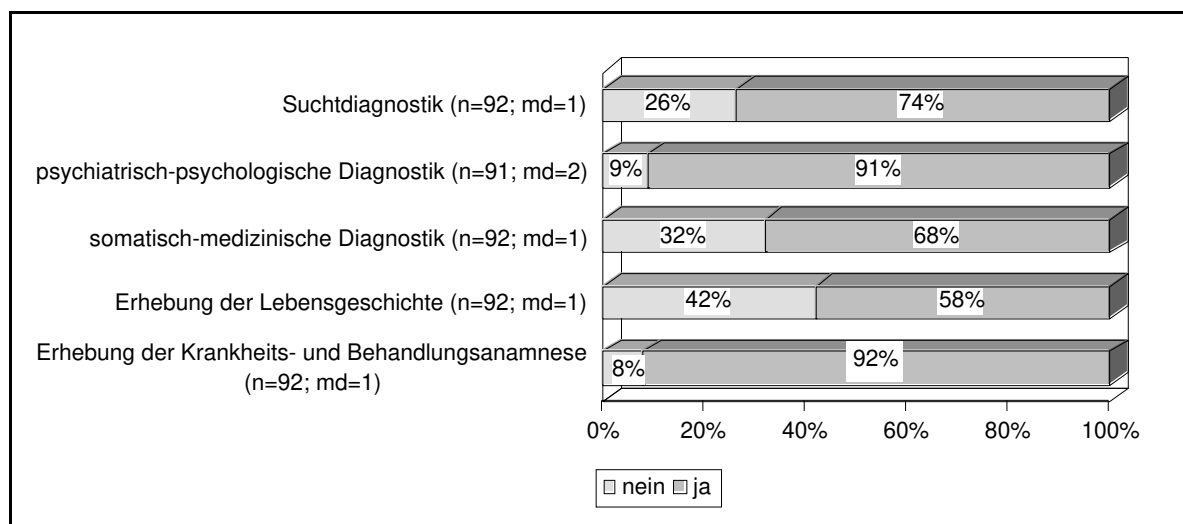


Abbildung 3.10. Häufigkeit von standardmässig durchgeführten diagnostischen Abklärungen in den untersuchten Therapieeinrichtungen

In den meisten Therapieeinrichtungen wurden sowohl eine psychiatrisch-psychologische Diagnostik (91%) als auch eine Erhebung der Krankheits- und Behandlungsanamnese (92%) der Klientele durchgeführt (Abbildung 3.10.). In über zwei Drittel der Einrichtungen wurden Suchtdiagnosen und somatisch-medizinische Diagnosen erstellt (74% beziehungsweise 68%). Eine Erhebung der Lebensgeschichte der Klientele erfolgte in 58% der Institutionen.

Die *personellen Ressourcen* der Institutionen wurden anhand von drei Merkmalen untersucht: den Stellenprozenten pro Therapieplatz, der Berufserfahrung im Suchtbereich und der Ausbildung. Tabelle 3.4. gibt darüber Auskunft, wie viele Stellenprozente in den untersuchten Therapieeinrichtungen pro Behandlungsplatz zur Verfügung standen.

Tabelle 3.4. Anzahl Stellenprozente pro Behandlungsplatz

Anzahl Stellenprozente pro Behandlungsplatz	Anzahl Therapieeinrichtungen	Anteil in Prozenten
bis 25%	5	5.4%
26% bis 50%	20	21.8%
51% bis 75%	37	40.2%
76% bis 100%	19	20.7%
101% bis 125%	5	5.4%
126% bis 150%	5	5.4%
mehr als 150%	1	1.1%
Total	92	100.0%

Anzahl untersuchter Therapieeinrichtungen n=92; missing data=1

Anzahl Stellenprozente pro Behandlungsplatz: Mittelwert 68.9, Standardabweichung 28.9, Minimum 7.7, Maximum 155.3

Hinsichtlich der Anzahl Stellenprozente pro Behandlungsplatz fielen die Unterschiede zwischen den Institutionen gross aus. In über 80% der untersuchten Therapieeinrichtungen standen pro Behandlungsplatz zwischen 26 und 100 Stellenprozente zur Verfügung (Tabelle 3.4.). In fünf Einrichtungen waren für jeden Behandlungsplatz weniger als 25 Stellenprozente bereit, davon wiesen indessen drei Institutionen ein teilstationäres Angebot auf. In jeder achten Einrichtung umfassten die Personalressourcen pro Behandlungsplatz über 100 Stellenprozente.

In Tabelle 3.5. sind die Anzahl Jahre dargestellt, seit denen die Mitarbeiter/innen der Therapieeinrichtungen im Suchtbereich tätig waren. Beinahe die Hälfte aller Teammitglieder der untersuchten Therapieeinrichtungen arbeitete bereits zwi-

Tabelle 3.5. Anzahl Jahre Berufserfahrung im Suchtbereich

Anzahl Jahre im Suchtbereich tätig	Anzahl Mitarbeiter/innen	Anteil in Prozenten
unter 1 Jahr	82	6.6%
1 bis 2 Jahre	318	25.6%
3 bis 4 Jahre	232	18.7%
5 bis 9 Jahre	356	28.7%
10 bis 14 Jahre	128	10.3%
15 und mehr Jahre	125	10.1%
Total	1241	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=1241; missing data=88

Anzahl Jahre im Suchtbereich tätig: Mittelwert 6.0, Standardabweichung 5.6, Minimum 0, Maximum 39

schen drei und neun Jahren im Suchtbereich (Tabelle 3.5.). Ein Drittel des Personals hatte weniger als zwei Jahre Arbeitserfahrung in diesem Berufsfeld. Jeder Fünfte arbeitete seit über zehn Jahren im Suchtbereich. Die für alle erfassten Mitarbeiter/innen durchschnittliche Berufserfahrung im Suchtbereich betrug genau sechs Jahre.

Welche Ausbildung die in den Therapieeinrichtungen tätigen Mitarbeiter/innen absolviert hatten, ist der Tabelle 3.6. zu entnehmen. Die einzelnen Berufsbezeichnungen wurden der Übersichtlichkeit wegen zu 13 Kategorien zusammengefasst.

Tabelle 3.6. Die Ausbildungen der Mitarbeiter/innen der Therapieeinrichtungen

Ausbildungstyp	Anzahl Mitarbeiter/innen	Anteil in Prozenten
Arzt/Ärztin	7	.5%
psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung	182	13.8%
sozialarbeiterische-sozialpädagogische Ausbildung	417	31.5%
medizinisch-pflegerische Berufsausbildung	101	7.6%
pädagogische Berufsausbildung	76	5.8%
Zusatzausbildung für leitende Funktion	18	1.4%
andere therapeutische Ausbildungen	19	1.4%
Lehre im Dienstleistungsbereich	79	6.0%
kaufmännische Lehre	112	8.5%
gewerblich-industrielle Lehre	219	16.6%
übrige Berufsausbildungen	53	4.0%
keine abgeschlossene Berufsausbildung	19	1.4%
unbekannte Ausbildungen	20	1.5%
Total	1322	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=1322; missing data=7

Ein halbes Prozent der in den untersuchten Therapieeinrichtungen tätigen Mitarbeiter/innen waren Ärzte/Ärztinnen (Tabelle 3.6.). Weitere 14% der Mitarbeiter/innen hatten eine psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung absolviert. Ein Drittel hatte einen sozialarbeiterisch-sozialpädagogischen Hintergrund und repräsentierte damit die hier am stärksten vertretene Berufsgruppe. Weitere 8% stammten aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich, und 6% besaßen eine pädagogische Berufsausbildung. Beinahe ein Drittel der Mitarbeiter/innen wurde der Kategorie Lehre zugeordnet: 6% haben ihre Grundausbildung im Dienstleistungsbereich absolviert, 9% im kaufmännischen Bereich und 17% wiesen eine gewerblich-industrielle Berufsausbildung auf.

Im Hinblick auf Gefässe zur *Reflexion über Team- und Klientenprozesse* wurde die Supervision betrachtet. In wie vielen der untersuchten Therapieeinrichtungen obligatorische Supervisionen durchgeführt wurden und ob hauptsächlich das therapeutische Personal oder auch die nicht direkt therapeutisch arbeitenden Teammitglieder Supervision erhielten, ist in Abbildung 3.11. dargestellt.

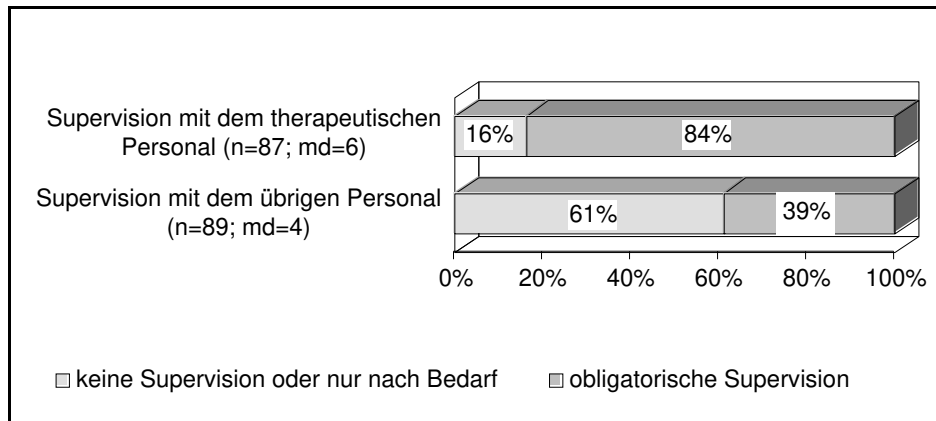


Abbildung 3.11. Durchführung von Supervision in den untersuchten Therapieeinrichtungen

In der Mehrheit der untersuchten Therapieeinrichtungen wurden Supervisionen durchgeführt: In 84% der Institutionen profitierte das therapeutische Personal von solchen Supervisionen, in 39% der Therapieeinrichtungen wurde aber auch Supervision mit den nicht direkt therapeutisch arbeitenden Teammitgliedern durchgeführt (Abbildung 3.11.).

Die *Steuern für einen Aufenthaltstag* eines Klienten / einer Klientin zum Zeitpunkt der Erhebung – also je nach Erhebungswelle zwischen Frühjahr 1998 und April 1999 – sind in Tabelle 3.7. wiedergegeben.

Die durchschnittlichen Tages-Steuer für die Klient/innen variierten je nach Modalität des Aufenthaltes: Bei Personen, die ihren Wohnsitz im Kanton der Therapieinstitution hatten, kostete ein Tag im Mittel 167 Franken, während sich der Tag bei ausserkantonalen Klient/innen auf durchschnittlich 195 Franken belief (Tabelle 3.7.). Am meisten kostete der Aufenthalt bei Personen, deren Therapie im Rahmen einer Massnahme erfolgte, nämlich durchschnittlich 202 Franken im Tag. Die tieferen Taggelder für kantonale Klient/innen waren gegebenenfalls durch an kantonale Unterstützungsleistungen geknüpfte Reduktionen zu erklären.

Beim grössten Teil der Institutionen betrug die Tages-Steuer zwischen 150 und 249 Franken: von kantonalen Klient/innen bei 69%, von ausserkantonalen bei 84% und von Massnahme-Klient/innen bei 77% der Einrichtungen. Bei kan-

Tabelle 3.7. Tages-*Taxen* der untersuchten therapeutischen Einrichtungen

Tages- <i>Taxen</i> für:	kantonale Klient/innen		ausserkantonale Klient/innen		Massnahme-Klient/innen	
	n	%	n	%	n	%
unter 50.–	3	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
50.– bis 99.–	9	10.2%	4	4.7%	1	1.2%
100.– bis 149.–	14	15.9%	5	5.7%	7	8.4%
150.– bis 199.–	36	40.9%	38	43.7%	34	41.0%
200.– bis 249.–	25	28.4%	35	40.2%	30	36.1%
250.– und mehr	1	1.2%	5	5.7%	11	13.3%
Total	88	100.0%	87	100.0%	83	100.0%
	mean	sd	mean	sd	mean	sd
Mittelwert	166.88	52.92	194.86	47.78	202.49	45.53

mean= Mittelwert, sd= Standardabweichung

tonalen Klient/innen bot jede siebte Institution eine Therapie mit einer Tages-*Taxe* unter 100 Franken an, dieser Anteil war bei den anderen beiden Modalitäten indessen tiefer (5% und 1%).

In Tabelle 3.8. sind die durchschnittlichen Tages-*Taxen* in Abhängigkeit der Grösse der Therapieeinrichtung und der Modalität des Aufenthaltes dargestellt. Während bei den kantonalen Klient/innen die grösseren Einrichtungen im Mittel tiefere Tages-*Taxen* aufwiesen als die kleineren Institutionen, lief dieser Zusammenhang bei den Massnahme-Klient/innen in die umgekehrte Richtung: Kleinere Institutionen hatten tiefere Tages-*Taxen* als grössere (Tabelle 3.8.). Bei der ausserkantonalen Klientele wiesen Therapieeinrichtungen mit sieben bis 25 Plätzen die höchsten Beträge pro Aufenthaltstag auf.

Tabelle 3.8. Tages-*Taxen* nach der Grösse der untersuchten therapeutischen Einrichtungen

Tages- <i>Taxen</i> für:	kantonale Klient/innen			ausserkantonale Klient/innen			Massnahme-Klient/innen		
	mean	sd	n	mean	sd	n	mean	sd	n
unter 6 Plätzen	178.64	39.57	11	183.18	36.69	11	193.00	37.65	10
7 - 11 Plätze	173.92	52.82	26	198.08	47.29	26	200.20	48.36	25
12 - 25 Plätze	165.50	54.60	38	199.03	50.34	37	207.25	40.63	32
mehr als 25 Plätze	148.25	59.92	12	187.83	54.03	12	204.67	57.97	15
Total (md)	87 (1)			86 (1)			82 (1)		

mean= Mittelwert, sd= Standardabweichung, md= missing data

3.5. Diskussion

In einer nationalen Erhebung wurden bei 93 schweizerischen stationären und teilstationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige umfassende Informationen zur Grundstruktur, zum Konzept, zum Team sowie zur Klientele erfasst. Ziel dieser Untersuchung war es, ein Bild über die Qualität der Therapieeinrichtung zu erhalten, indem die in der Vorgängerstudie (Wettach et al., 1997) aus Interviews mit Expert/innen und Praktiker/innen gewonnenen Merkmale betrachtet wurden. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu ausgewählten Aspekten der Betriebsorganisation, des Therapiekonzeptes, der Dokumentation, der Vernetzung, der Therapieorganisation, der personellen Ressourcen, der Möglichkeit von Reflexion über Klienten- und Teamprozesse sowie der Tagespauschen diskutiert.

In Bezug auf *betriebsorganisatorische Aspekte* war festzustellen, dass die Mehrheit der Institutionen einen hohen schriftlichen Organisationsgrad aufwies: Organigramme, Funktionspläne und Kompetenzreglemente waren stark verbreitet. Weniger häufig wurde angegeben, dass Pläne über den internen Informationsfluss bestanden. Über Gesamtkonzepte verfügten zwar ebenfalls viele Einrichtungen – dennoch fiel auf, dass jede siebte Institutionen kein Gesamtkonzept hatte. Hinsichtlich des Finanzcontrollings zeigte sich, dass beinahe alle Institutionen ein solches aufwiesen, wobei jedoch die Instanz, die das Controlling durchführte, jeweils unterschiedlich unabhängig war: Nur bei zwei Drittel der Institutionen erfolgte das Finanzcontrolling durch eine vollständig von der Therapieeinrichtung unabhängige Instanz.

Beinahe in allen Institutionen stand ein schriftliches *Therapiekonzept* zur Verfügung. In der Mehrzahl der Fälle war dieses sehr aktuell, da es innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Befragung revidiert worden war. Nur gerade jedes zehnte Therapiekonzept war älter als drei Jahre. Die kurz zurück liegende Überarbeitung und Anpassung wies darauf hin, dass die Therapiekonzepte regelmässig weiterentwickelt sowie neuen Gegebenheiten und Erkenntnissen angepasst wurden.

Die *Dokumentation* von Klientendaten stellt ein unerlässliches Instrument der Therapieplanung, -überprüfung und -kontrolle dar. Dies zeigte sich darin, dass ausser einer alle Institutionen Klientendossiers führten. Hingegen gab ein Viertel der befragten Einrichtungen an, dass sie keine Vorgaben zur einheitlichen Verfassung von Klientendossiers machten. Es stellt sich die Frage, ob in Einrichtungen, in denen keine einheitlichen Vorgaben bestanden, die Nachvollziehbarkeit von Therapieprozessen gewährleistet war und ob gewisse minimale Qualitätsstandards der Dossierführung erreicht wurden.

Neben der internen Dokumentation wurde auch die Teilnahme an externen Evaluationen betrachtet. Diese sind wichtig, um von ausserhalb Informationen zur eigenen Institution zu erhalten, sei es, um die eigene Arbeit zu überprüfen oder um "neutrale" Daten zu erhalten. Etwas mehr als zwei Drittel der Einrichtungen nahmen an einer Form von externer Evaluation teil, während knapp ein Drittel keine Informationen von einer externen Instanz erheben liess. Bei einem grösseren Teil der Einrichtungen wurden von einer unabhängigen Stelle katamnestische Informationen über die Klientele erhoben. Solchen Informationen liefern wichtige Rückmeldungen über die Wirksamkeit der eigenen Therapie und bieten eine Basis, um das eigene Therapieangebot weiter zu entwickeln.

Die *Vernetzung* der Mehrheit der Institutionen schien gross zu sein, waren doch drei von fünf Einrichtungen entweder Knoten eines Therapienetzes oder Glieder einer Therapiekette. Die übrigen Einrichtungen waren zwar nicht an einem solchen Verbund beteiligt, es musste hier aber offen bleiben, ob diese sich durch andere, systematische Kontakte mit Stellen der Suchthilfe und der Wiedereingliederung vernetzten.

Die *Therapieorganisation* wurde anhand zweier Merkmale betrachtet: dem Individualisierungsgrad der Therapie und der Diagnostik. Es zeigte sich, dass mehr als zwei Drittel der Einrichtungen eine stark individualisierte Therapie anboten: Das Programm wurde für die einzelnen Klient/innen sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch abhängig von der jeweiligen Indikation geplant und durchgeführt. Das heisst, die Klient/innen profitierten von einem auf ihre Ressourcen und Defizite abgestimmten Therapieprogramm, welches gemäss ihren Bedürfnissen unterschiedlich lange dauern konnte. Ein Viertel der Institutionen bot ein zeitlich fixes Programm an, in welchem jedoch die Therapiemassnahmen gemäss der Indikation zusammengestellt wurden. Ein zeitlich fixes Programm mit standardisierten Therapieelementen boten nur drei Institutionen an.

Bei der Betrachtung der Diagnoseverfahren zeigte sich, dass Suchtdiagnostik, somatisch-medizinische Diagnostik und die Erhebung der Lebensgeschichte von einem grösseren Teil der Institutionen – von einem Viertel bis zu 40% der Einrichtungen – nicht standardmässig durchgeführt wurden. Dies erscheint vor allem im Hinblick auf die Suchtdiagnostik und die Erhebung der Lebensgeschichte erstaunlich, werden mit diesen doch behandlungsrelevante Informationen erfasst. Indessen wäre auch denkbar, dass diese Erhebungen bereits vor dem Eintritt der Klient/innen durch externe Stellen durchgeführt worden waren und deren Informationen der Therapieeinrichtung zur Verfügung standen. Die psychiatrisch-psychologische Diagnostik sowie die Krankheits- und Behandlungsanamnese waren hingegen weit verbreitet.

Die *personellen Ressourcen* stellen im stationären Suchthilfebereich eine Schlüssel-Ressource dar, da der grösste Teil der Arbeit aus "Beziehungsarbeit" besteht. In vielen therapeutischen Konzepten steht die Gruppe im Mittelpunkt. Soziale Kompetenz, eine fundierte Ausbildung mit Schwerpunkten auf sozialen und psychologischen Kenntnissen und Fertigkeiten sowie Persönlichkeit und Erfahrung sind wesentliche Eigenschaften, die Mitarbeiter/innen aufweisen sollten. In Bezug auf die Fachausbildung ergab sich in der Untersuchung ein positives Bild: Drei von fünf Mitarbeiter/innen wiesen eine Fachausbildung im sozialen, psychologischen oder medizinischen Bereich auf. Ein weiterer Drittel hatte eine Berufslehre abgeschlossen und konnte diese beispielsweise im Arbeitsbereich oder in der Administration anwenden.

Ebenso positiv fiel das Ergebnis zur Berufserfahrung aus: Etwa die Hälfte der Mitarbeiter/innen arbeitete bereits fünf oder mehr Jahre im Suchthilfebereich. Die durchschnittliche Praxiserfahrung mit Drogenabhängigen war mit sechs Jahren als hoch zu beurteilen.

Hinsichtlich der Anzahl Stellenprozente, die für einen Klientenplatz im Mittel zur Verfügung standen, unterschieden sich die Institutionen stark: Der Wertebereich reichte von unter 25 bis zu über 150 Stellenprozenten pro Klient/in. Auch wenn man berücksichtigt, dass acht teilstationäre Therapieeinrichtungen einbezogen wurden, die auf Grund der geringeren Betreuungsdichte weniger Stellen benötigten, so sind diese Unterschiede dennoch bemerkenswert.

Im Zusammenhang mit den personellen Ressourcen spielen Gefässe, die für die *Reflexion über Therapieprozesse* von einzelnen Klient/innen sowie über die *Situation im Therapieteam* zur Verfügung stehen, eine wichtige Rolle. Die grosse Mehrheit der Einrichtungen führte eine obligatorische Supervision mit dem therapeutischen Personal durch. Andererseits fand Supervision mit den therapeutisch arbeitenden Personen in jeder siebten Institution nur nach Bedarf oder gar nicht statt. Supervision mit dem Personal, das nicht direkt therapeutisch arbeitete, wurde weniger häufig angetroffen: Lediglich zwei von fünf Therapieeinrichtungen führten solche Sitzungen obligatorisch durch.

Die *Tagespauschalen* der Einrichtungen – die Kosten für einen Aufenthaltstag eines Klienten / einer Klientin – variierten einerseits stark zwischen den Institutionen und andererseits auch zwischen den verschiedenen Modalitäten, also den Tages-Steuer für kantonale, ausserkantonale und Massnahme-Klient/innen. Es zeigte sich, dass die grosse Mehrheit der Institutionen Taggelder zwischen 150 und 249 Franken aufwies. Grössere Einrichtungen hatten bei kantonalen Klient/innen tiefere Tages-Steuer als kleinere Institutionen. Letztere wiesen wiederum bei Massnahme-Klient/innen leichte tiefere Tagespauschalen auf.

3.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Für die Praxis konnten folgende *Schlussfolgerungen* gezogen werden. Die anhand der beobachteten Kriterien beurteilte Qualität von schweizerischen stationären und teilstationären, abstinentenorientierten Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige wies ein gutes Niveau auf. Als ausgeprägte Stärken waren die Ausbildung und die Praxiserfahrung der Mitarbeiter/innen zu erkennen. Hingegen fielen in verschiedenen Bereichen punktuelle Defizite auf. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die standardmässige Anwendung von diagnostischen Verfahren, die innerbetriebliche Vereinheitlichung der Führung von Klientendossiers und die Supervision mit dem therapeutischen Personal. Ebenfalls wäre in einzelnen Einrichtungen die Verbesserung von betriebsorganisatorischen Aspekten sinnvoll.

Es können die folgenden *Empfehlungen* formuliert werden.

Das hohe Niveau der Ausbildung der Mitarbeiter/innen im stationären Suchthilfebereich stellt eine ausgesprochene Stärke dar. In der aktuellen Umbruchphase, in der sich die stationären Therapieangebote befinden, ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass dieser Personalstamm gehalten werden kann. Insbesondere der Abgang von qualifiziertem und erfahrenem Personal, das beispielsweise angesichts der finanziellen Lage der eigenen Therapieeinrichtung oder der unklaren Zukunft des stationären Therapiebereichs anderweitige Möglichkeiten offen hätte, sollte verhindert werden. Massnahmen wie zum Beispiel die Entwicklung von langfristigen Perspektiven durch die Sicherstellung der Finanzierung von stationären Therapieprogrammen oder attraktive, suchtspezifische Fortbildungen, wie sie zur Zeit bereits geplant beziehungsweise angeboten werden, sind notwendig.

Durch die Einführung von Qualitätsentwicklungs-Programmen in den Einrichtungen können allfällige betriebsorganisatorische Lücken behoben werden. Programme wie die Qualitätsanforderungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (1998) oder das Qualitätsentwicklungsprojekt QuaTheDA des Bundesamtes für Gesundheit (Stamm, 1999) werden voraussichtlich das Qualitätsniveau der Strukturmerkmale der Therapieeinrichtungen heben. Zusätzlich können die in diesem Bericht enthaltenen Qualitätsstandards sowohl den Praktiker/innen als auch im Rahmen eines Qualitätsentwicklungssystems Orientierung und Unterstützung zur Qualitätsverbesserung bieten (siehe Kapitel 7. und Anhang D).

Allerdings sollte bei dieser Fokussierung auf die einzelne Institution der Aspekt der übergeordneten *Systemqualität* nicht vergessen gehen. Diese umfasst das Gesamtangebot und dessen Planung, die Weiterentwicklung der Therapiemethoden, die Vernetzung, die Indikationsstellung und Zuweisung, die systematische Erhebung und Auswertung relevanter Informationen als Entscheidungsgrundlage, die Finanzierung sowie die Qualitätsentwicklung und das poli-

tische Umfeld. Während sich das Finanzierungssystem der stationären Therapieangebote mit dem Projekt FiSu des Bundesamtes für Gesundheit auf dem Weg zu Transparenz und Stabilität befindet, sind die Abläufe der Indikationsstellung und der Zuweisung zu den einzelnen Programmen weitgehend ungeklärt. Es fehlen abgestimmte und einheitlich anwendbare Leitlinien zur Diagnose, Indikation und Zuweisung von Drogenabhängigen. Es wird deshalb empfohlen, diese Aspekte in die zukünftige Planung stärker einzubeziehen und gegebenenfalls ein Projekt zu lancieren, um mittelfristig Massnahmen zur Optimierung von Indikationsstellung und Zuweisung auszuarbeiten.

4. Der Einfluss von Einrichtungsmerkmalen auf den Verlauf der Klient/innen nach Austritt

4.1. Forschungsstand

Die Bedeutung von Behandlungs- und Institutionsmerkmalen für den weiteren Verlauf von Drogenabhängigen nach einer stationären Behandlung wurde bislang wenig erforscht. Condelli (1994) kritisierte den eingeschränkten Fokus der Forschung auf Klientenvariablen wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischen Status, Erwerbssituation oder Alkohol- und Drogenkonsum. Er plädierte dafür, vermehrt Programm- und Behandlungsvariablen zu untersuchen. Auch Küfner (1995) wies darauf hin, dass drogenspezifische Einrichtungs- und Therapie-merkmale im Vergleich zu Charakteristika der Klient/innen sehr viel seltener untersucht werden. Dieses Forschungsdefizit kann im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückgeführt werden. Erstens verursacht die Erhebung von Daten zur Behandlung beziehungsweise zur Institution einen grösseren Aufwand als die üblichen Klientenbefragungen bei Eintritt und Austritt. Zweitens bot die statistische Theorie nur unbefriedigende Analysemethoden. Entweder wurden die Informationen der Institutionen den einzelnen Fällen auf der individuellen Ebene hinzugefügt, so dass alle Klient/innen einer Einrichtung diesselben Daten aufwiesen und somit der Standardfehler unterschätzt sowie die Signifikanz überschätzt wurde (vergleiche Bryk & Raudenbush, 1992). Oder man aggregierte die individuellen Daten auf der Institutionsebene und verglich in der Folge die Einrichtungen miteinander, verlor aber die Varianz der Informationen der Individualebene ebenso wie die Fallzahl und die damit verbundene Teststärke (zum Beispiel Küfner, Denis, Roch, Arzt & Rug, 1994). Die Entwicklung von statistischen Verfahren, die Informationen der Individual- und der Institutionsebene *simultan* verarbeiten und verbinden – sogenannte Multilevel-Verfahren beziehungsweise hierarchische Analysen (zum Beispiel Bryk et al., 1996) – ermöglichen eine adäquate Schätzung des Einflusses von Einrichtungscharakteristika auf individuelle Merkmale.

Die empirische Datenlage ist eher dünn. Es konnten keine Studien gefunden werden, die den Zusammenhang von Institutions- und Behandlungsmerkmalen mit katamnestischen Informationen von Drogenabhängigen nach einer stationären Therapie untersuchten. Deshalb werden Arbeiten berücksichtigt, die sich mit dem Zusammenhang von Einrichtungscharakteristika mit der Aufenthaltsdauer,

mit dem Rückfall mit illegalen Drogen während der Therapie sowie mit der Haltequote beschäftigten. Zudem werden einige ältere Studien zur Alkoholtherapie betrachtet.

Die Aufenthaltsdauer hatte sich in den meisten Studien zur Drogenabhängigkeit als Prädiktor für stabile Verbesserungen nach der Therapie erwiesen (Condelli & Hubbard, 1994; Dobler-Mikola, Wettach & Uchtenhagen, 1998) und stellt deshalb, neben den katamnestischen Daten, selbst eine wichtige Untersuchungsgrösse dar. Gemäss Condelli (1994) haben bisherige Forschungsergebnisse bezüglich der Aufenthaltsdauer deutlich gemacht, dass die meisten Klientenvariablen keine Prädiktoren für den Verbleib in Therapie darstellen würden. Es handle sich zu oft um eher schwache und sporadische Prädiktoren, die nur geringe Anteile der Aufenthaltsdauer erklärten. In den gross angelegten Studien DARP (Joe & Simpson, 1976), TCA (Collins & Allison, 1983) und TOPS (Condelli & De Leon, 1993) konnten jeweils nur 4% beziehungsweise 11% und 5% der Varianz der Aufenthaltsdauer durch Merkmale der Klient/innen erklärt werden. Dagegen wiesen gemäss Condelli (1994) die wenigen Untersuchungsergebnisse über Programm- und Behandlungsvariablen darauf hin, dass es sich bei diesen um bedeutsame Prädiktoren handelt. So könnten Programme beispielsweise die Verweildauer in der Therapie dadurch verbessern, dass sie spezielle Angebote für junge Klient/innen entwickelten oder indem sie die Eltern für die Motivationsarbeit mit einbanden. Es hatte sich auch gezeigt, dass die ersten drei Monate besonders heikel waren und in dieser Phase die höchste Austrittsrate zu beobachten war. Demnach müssten die Programme so modifiziert werden, dass sie vor allem in der Anfangsphase den Klient/innen persönliche Unterstützung gewähren (Condelli, 1994).

Küfner et al. (1994) erhoben in einer breit angelegten deutschen Studie in 34 stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige Informationen über insgesamt 5678 Klient/innen. Sie untersuchten den Zusammenhang von Institutions- und Behandlungsmerkmalen mit der Abbruchquote und mit dem Rückfall mit illegalen Drogen *während* der Behandlung. Dabei aggregierten sie die Klient/innen auf der Einrichtungsebene und verglichen die Institutionen untereinander. Folgende Behandlungsmerkmale wurden analysiert: institutionelle Rahmenbedingungen (Mitarbeiter, Ausbildung etc.), Aufnahme- und Selektionskriterien (Alter, Ausschluss von Psychosen etc.), Therapieangebot (Gruppentherapie, Entspannungstraining etc.), Massnahmen zur Kontrolle (Urinkontrollen, Zimmerdurchsuchungen etc.) sowie Entlassungsbedingungen (Kriterien).

Zunächst werden die Ergebnisse zum Therapieabbruch besprochen. In einem regressionsanalytischen Modell ergaben sich als Prädiktoren, die einen Therapieabbruch begünstigten, ein höherer Therapeut/innen-Klient/innen-Schlüssel, die Forderung nach Drogenfreiheit bei Aufnahme, regelmässige

Gruppenarbeit mit den Angehörigen, regelmässig Sport sowie Sanktionen bei Verstoss gegen die Raucherbeschränkung. Demgegenüber erhöhten die Prädiktoren "Sperrfrist bei Wiederaufnahme", "Mitentscheidung des Teams bei Aufnahme" und "regelmässige erlebnispädagogische Massnahmen" die Haltequote. Auch die Einbettung in eine Therapiekette sowie das Vorhandensein einer Entzugsstation und einer teilstationären Nachsorge in der Therapiekette begünstigten die Haltquote. Mit diesem Prädiktorensatz erklärten die Autor/innen auf der Institutionsebene 79% der Varianz der Therapieabbruchquote.

Den Zusammenhang zwischen Behandlungsmerkmalen und dem Rückfall mit illegalen Drogen *während* der stationären Behandlung von Drogenabhängigen legten Kufner, Arzt, Roch, Denis und Rug (1995) in einer separaten Publikation dar. Sie analysierten die Gruppe der Therapiebeender/innen und diejenige der -abbrecher/innen jeweils einzeln. Bei den *Therapiebeender/innen* hatten folgende Behandlungsmerkmale einen Zusammenhang mit einem tieferen Anteil an Klient/innen, die während der Therapie illegale Drogen konsumierten: der Rückfall mit illegalen Drogen beziehungsweise Medikamenten als unbedingter Entlassungsgrund, Sanktionen bei Verstössen gegen die Rauchbeschränkung, die Einbindung der Institution in eine Therapiekette sowie die Forderung der Drogenfreiheit der Klient/innen bei Aufnahme. Demgegenüber waren regelmässig durchgeführte Alkoholtests mit einer höheren Rückfallquote assoziiert. Mit diesen Prädiktoren konnten – analysiert auf der Einrichtungsebene – 82% der Varianz des Rückfalls von Therapiebeender/innen erklärt werden. Die Betrachtung des illegalen Drogenkonsums von *Therapieabbrecher/innen* während der Behandlung ergab zwei signifikante Zusammenhänge mit Institutionsmerkmalen, die 46% der Varianz aufklärten. Die Beschränkung von Treffen ausserhalb der Einrichtung und die Forderung nach Drogenfreiheit bei Eintritt waren mit einer tieferen Rückfallquote verbunden.

Im Bereich der Behandlung von Alkoholabhängigkeit zeigte sich in frühen Katamneseuntersuchungen, dass die Institutionsvariablen auf der Individuumsebene nur wenig der Varianz des Therapieverlaufs der Klient/innen erklärten. So ergab sich im ersten Rand-Report (zitiert nach Feuerlein, Kufner & Flohrschütz, 1986, 222), dass lediglich 3.2% der Varianz des Therapieerfolges durch die Institutionsmerkmale erklärt wurden. Und Bromet, Moos, Bliss und Wuthmann (1977; zitiert nach Feuerlein et al., 1986, 222) fanden in ihrer empirischen Untersuchung, dass nur 4% der Varianz des Therapieerfolges durch die Institutionsmerkmale erklärt wurden. Die restliche Varianz konnte entweder durch Individuumsvariablen oder gar nicht erklärt werden.

Hingegen arbeiteten Kufner et al. (1988) in ihrer Vierjahreskatamnese von stationären Alkoholtherapien folgende relevanten Behandlungsmerkmale heraus: Durchführung von Gruppen über Lebensplanung, ein Mindestalter bei Auf-

nahme, die Durchführung von Einzeltherapie, den Einbezug von Angehörigen in die Behandlung sowie flexible Kontrollen.

McLellan, Grisson, Brill, Durell, Metzger und O'Brien (1993) gingen in ihrer Untersuchung der Frage nach, ob die bei staatlichen stationären Therapieprogrammen für Alkoholabhängige gefundenen substantiellen Unterschiede in Bezug auf den Therapieverlauf (Emrick, 1975) auch zwischen privaten Kliniken zu beobachten seien. Sie verglichen zwei private stationäre Therapieprogramme hinsichtlich der katamnestischen Daten der Klient/innen und fanden dabei signifikante Unterschiede bezüglich Alkohol- und Drogenkonsum, psychischen Symptomen, Arbeitssituation und erneutem Eintritt in eine Behandlung. Ihre Untersuchung konnte solche Unterschiede auch im Bereich der privaten Therapieprogramme nachweisen. Die Autoren vermuteten, dass die Art, die Anzahl und die Angemessenheit der Therapieangebote sich massgeblich auf den Therapieeffekt auswirkten.

4.2. Fragestellung

Für die Beurteilung des Einflusses der Behandlungs- und Institutionsmerkmale waren wie dargestellt wenig empirische Grundlagen vorhanden, um Hypothesen abzuleiten. Studien, die Institutions- und Klientenmerkmale mit einem hierarchischen Ansatz untersuchten, konnten keine gefunden werden. Es sollen deshalb in einer explorativen Analyse Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob und welche Institutions- und Therapiemerkmale einen Einfluss auf den Verlauf von Drogenabhängigen nach einer stationären Langzeitintervention aufweisen. Dazu wurden die Informationen von Klient/innen aus einer 18-Monatskatamnese verwendet, die im Rahmen der Nachbefragungsstudie des Schweizer Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS erhoben wurden (Dobler-Mikola et al., 2000). Diese Drogenabhängigen hielten sich unterschiedlich lange in einer der verschiedenen privaten, stationären Institutionen auf, die im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften nach unterschiedlichen theoretischen Ansätzen abstinenzorientierte Langzeitinterventionen durchführen. Der unterschiedlichen Ebene von Institutions- und Klientenmerkmalen wurde durch die Anwendung des Hierarchischen Linearen Modells HLM von Bryk und Raudenbush (1992) Rechnung getragen.

Als Erstes wurde der Frage nachgegangen, ob ein signifikanter Anteil der Varianz des Verlaufs der Klient/innen durch die Ebene der Institutionen erklärt werden kann oder ob die Varianz hauptsächlich durch individuelle Aspekte erklärt wird. Vier Kriterien der Klient/innen wurden als abhängige Variablen verwendet: die Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums beziehungsweise der Arbeitssituation der Klient/innen zwischen der Spanne vor dem Eintritt und dem Katamnesezeitraum, der Opiat- und/oder Kokainkonsum respektive die Ar-

beitssituation im Katamnesezeitraum. Falls die Institutionsebene einen signifikanten Anteil erklärte, wurde als Zweites untersucht, welche Merkmale der Behandlungseinrichtungen einen Einfluss auf den Verlauf der Klient/innen nach der Therapie ausübten. Dadurch konnten Einsichten darüber gewonnen werden, welchen Elementen in Behandlungen besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

Die folgenden, konkreten Fragestellungen wurden untersucht:

1. Hatten die Institutionen gesamthaft einen Einfluss auf die Varianz des Verlaufs der Klient/innen nach Austritt?
2. Liess sich ein Zusammenhang zwischen den Grundangaben der Therapieeinrichtungen und dem Verlauf ihrer Klientele nachweisen?

Die untersuchten Grundangaben der Institutionen umfassten die Grösse der Einrichtungen, das Alter der Institutionen, die Inanspruchnahme von externer Beratung in den letzten fünf Jahren, die säkulare weltanschauliche Ausrichtung, das Bestehen einer eigenen Aussenwohngruppe sowie die Nähe der Lage der Therapieeinrichtungen zu einer Drogenszene.

3. Übte die prozentuale Auslastung der Therapieeinrichtung in der zweiten Hälfte des Austrittsjahres der Klient/innen einen Einfluss auf den Verlauf aus?
4. Zeigte sich ein Effekt des prozentualen Anteils von Klient/innen in Einzelzimmern auf den Verlauf nach Austritt?
5. Übte die Abstinenzorientierung der Therapieeinrichtung einen Einfluss auf den Verlauf der Klientele aus?

Die Abstinenzorientierung der Institution wurde einerseits nur anhand des Verbotes von Alkoholkonsum untersucht. Andererseits wurde zusätzlich geprüft, ob das *gleichzeitige* Verbot von Nikotin- und Alkoholkonsum einen Einfluss auf den Verlauf aufwies.

6. Bestand zwischen dem Vorhandensein von schriftlichen Regelungen (Hausordnung, Sanktionskriterien und -massnahmen) in den Therapieeinrichtungen und deren Behandlungserfolg ein Zusammenhang?
7. Inwieweit standen spezifische Therapiemerkmale in Zusammenhang mit dem Therapieverlauf der Klientele?

Die untersuchten Therapiemerkmale betrafen die Einbindung in ein Therapienetz respektive in eine Therapiekette, den theoretischen Hintergrund der Therapie, die Frage, ob die Psychotherapie ein Schwerpunkt der Behandlung darstellt, sowie die Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht.

8. Liess sich ein Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit von bestimmten Therapieformen wie Einzel-, Gruppen-, Familien- oder Arbeitstherapie im Gesamtangebot der Einrichtung und der globalen Zufriedenheit der Klientele nachweisen?
9. Übte die Tatsache, dass die Klientele beim Fernsehen und Musikhören Einschränkungen unterworfen war, einen Einfluss auf deren Therapieverlauf aus?
10. Bestanden Zusammenhänge zwischen dem Umstand, dass mehrfacher Alkoholkonsum beziehungsweise mehrfacher Konsum von weichen Drogen unbedingte Ausschlussgründe darstellten, und dem Therapieverlauf der Klient/innen?
11. Hatte die Art, wie eine Institution auf Therapieabbrüche reagierte, einen Einfluss auf den Verlauf der Klientele?

Als Reaktionen auf den Therapieabbruch wurden der Versuch, die Person umzustimmen sowie deren Unterstützung bei der Suche nach einer neuen Behandlung, Wohnung oder Arbeit untersucht.

12. Stand das Ausmass der personellen Ressourcen der einzelnen Therapieeinrichtungen in Zusammenhang mit dem Verlauf der Klientele?

Die personellen Ressourcen der Institutionen wurden mittels folgender Grössen erfasst: die Stellenprocente pro Klientenplatz, die Stellenprocente pro Klientenplatz im Bereich Therapie beziehungsweise im Bereich Arbeit, die durchschnittliche Anzahl Jahre, in denen die Mitarbeiter/innen der Institution im Suchtbereich tätig waren, die durchschnittliche Anzahl Jahre, in denen die Mitarbeiter/innen in der jeweiligen Institution angestellt waren, die Frage, ob das Personal regelmässig Supervision erhielt, sowie die prozentuale Personalflukuation im Jahr des Austritts der untersuchten Klient/innen.

4.3. Methodik

4.3.1. Design

Ehemalige Klient/innen aus 28 stationären Therapieeinrichtungen der Schweiz wurden in einem Längsschnitt mit strukturierten Interviews befragt. Es wurde versucht, eine Vollerhebung der Grundgesamtheit der Austritte des Jahres 1997 durchzuführen. Die Datenerhebungen fanden bei Eintritt und 18 Monate nach dem Austritt statt. Bei Eintritt wurde die Arbeitssituation und der Konsum von Opiaten sowie von Kokain im vergangenen Jahr erfasst. In der Nachbefragung wurden dieselben Fragen, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Katamnese,

wieder gestellt (eine ausführliche Darstellung der Katamneseuntersuchung geben Dobler-Mikola et al., 2000).

Die Erhebung der Strukturmerkmale der Therapieeinrichtungen fand in einem Querschnitt mit einem postalisch zugestellten Fragebogen statt. Neben Angaben zur Grundstruktur und dem Therapiekonzept wurden auch Informationen über die Mitarbeiter/innen gesammelt.

Die Informationen der Institutionen zu strukturellen Grundangaben, Raumangebot, Abstinenzorientierung, schriftlichen Regelungen, Therapiemerkmale, Therapieangebot, Einschränkungen der Klient/innen, Ausschlussgründen sowie Massnahmen bei Therapieabbruch und personellen Ressourcen wurden benutzt, um den Verlauf der Klient/innen vorauszusagen. Letzterer ist durch den Konsum von Opiaten und/oder Kokain sowie die Arbeitssituation definiert.

4.3.2. Stichprobe

Es wurden ehemalige Klient/innen aus stationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige der Deutschschweiz befragt. Die Teilnahme stand insgesamt 53 Institutionen offen, deren 28 meldeten sich an. Im Jahre 1997 traten 432 Klient/innen aus einer dieser Therapieeinrichtungen aus. 111 von ihnen konnten grundsätzlich nicht befragt werden, wobei diese als stichprobenneutral betrachtet wurden: 16 von ihnen gaben bereits bei Eintritt in die Behandlung an, dass man ihre Adresse der Forschungsstelle nicht zur Verfügung stellen darf. Zwölf weitere Klient/innen wurden wegen Fehlinformationen nicht in die Stichprobe aufgenommen, sieben waren verreist oder ausgewandert, 58 konnten nicht gefunden werden und 18 waren im Katamnesezeitraum verstorben (Tabelle 4.1.). Für 28 Klient/innen waren keine Informationen zum Austrittsmodus vorhanden, da sie eine Teilnahme bei Eintritt abgelehnt hatten oder auf Grund von Fehlinformationen (Tabelle 4.1.). Von den übrigen 404 Klient/innen beendeten 219 (54.2%) das Programm regulär und 185 (45.8%) irregulär, das heisst, letztere traten frühzeitig aus der Therapie aus.

Von den 321 in der Stichprobe verbliebenen Klient/innen konnten 189 befragt werden, was einer stichprobenrelevanten Erreichungsquote von 59% entsprach (Tabelle 4.1.). Mit 132 Klient/innen konnte wegen aktiver oder passiver Verweigerung kein Interview durchgeführt werden. In der Gruppe der 189 Befragten waren 123 Therapiebeender/innen (65.1%) und 66 Abbrecher/innen (34.9%). Für weitergehende Informationen zur Stichprobe wird auf den Bericht von Dobler-Mikola et al. (2000) verwiesen.

Es konnten signifikante Unterschiede zwischen den erreichten und den nicht erreichten Klient/innen festgestellt werden. Die befragten Klient/innen waren häufiger Schweizer Staatsangehörige (versus ausländische Staatsangehörige), traten häufiger freiwillig in die Therapie ein (versus unfreiwillig), verblieben länger in der Therapie und schlossen die Therapie häufiger regulär ab. Keine Un-

terschiede konnten gefunden werden hinsichtlich Geschlecht, Alter, Drogengebrauch, Justizproblemen, Wohn- und Arbeitssituation sowie Finanzen. Die ausführlichen Ergebnisse des Vergleichs von erreichten und nicht erreichten Klient/innen können bei Dobler-Mikola et al. (2000) nachgelesen werden.

Tabelle 4.1. Klientenstichprobe der Nachbefragung nach einer stationären Langzeittherapie

		Differenziert		Zusammenfassung		
		n	%	n	%	
Nicht befragte Klient/innen (stichprobenneutral)	Teilnahme bei Eintritt abgelehnt	16	3.7%	111	25.7%	Rücklauf
	Fehlinformation	12	2.8%			
	Ausgewandert	7	1.6%			
	Unauffindbar	58	13.4%			
	Gestorben	18	4.2%			
Verweigerungen	Interview passiv verweigert	114	26.4%	132	30.6%	41.1%
	Interview aktiv verweigert	18	4.2%			
Interview vorhanden	Interview durchgeführt, aber fehlende Institutionsdaten	3	.7%	3	.7%	58.9%
	alle Informationen vorhanden	186	43.0%	186	43.0%	
Total		432	100.0%	432	100.0%	100.0%

Die Informationen zur Struktur konnten bei 27 der 28 an der Katamneseuntersuchung teilnehmenden Therapieeinrichtungen erhoben werden. Der Rücklauf betrug also 96%. Da von zwei Institutionen keine Klient/innen nach Austritt befragt werden konnten, die Angaben einer Institution mit zwei befragten Klient/innen viele fehlende Daten aufwies und eine Einrichtung mit einem interviewten Klienten wie bereits erwähnt keine Institutionsdaten ausfüllte, flossen in die Auswertung schlussendlich die Informationen von 24 Therapieeinrichtungen und 186 Befragten ein (Tabelle 4.1.).

Alle 24 Institutionen boten stationäre, abstinenzorientierte Behandlungen im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften an. Ihre Zielgruppe bildeten Personen, die von Heroin und/oder Kokain abhängig waren. Drei Einrichtungen nahmen zusätzlich auch Alkoholabhängige auf. Die konzeptuell vorgesehene Therapiedauer der Institutionen variierte von acht bis zu 24 Monaten, mit einem Durchschnitt von 14.2 Monaten. Hinsichtlich der Grösse unterschieden sich die Einrichtungen ebenfalls stark: eine wies weniger als sechs Betten auf, fünf zwischen sieben und elf Plätzen, zwölf zwischen zwölf und 25 Plätzen und sechs Institutionen verfügten über mehr als 25 Betten. Gut zwei Drittel der Institutionen gaben als wichtigsten theoretischen Bezug sozialtherapeutische Konzepte an (Tabelle 4.2.). Drei weitere Einrichtungen bezogen sich auf einen milieutherapeutischen Ansatz, während die übrigen vier sich auf den sozialpädagogischen,

den psychologischen oder den spirituellen Ansatz verteilten. Dennoch wiesen 18 der 24 Therapieinstitutionen eine oder mehrere der folgenden psychotherapeutischen Methoden als Schwerpunkt auf: tiefenpsychologisch/psychoanalytische, humanistische, verhaltenstherapeutisch/kognitive oder systemisch/familien-therapeutische Methoden.

Tabelle 4.2. Theoretische Ausrichtung der Therapieeinrichtungen

Theoretische Ausrichtung	Anzahl	Prozent
Psychologischer Ansatz	1	4.2%
Sozialtherapeutischer Ansatz	17	70.8%
Sozialpädagogischer Ansatz	2	8.3%
Milieu-therapeutischer Ansatz	3	12.5%
Spiritue-ller Ansatz	1	4.2%
Total	24	100.0%

Um Selektionseffekte zu prüfen, wurden die Unterschiede zwischen den 24 in die Analyse aufgenommenen Institutionen und den übrigen 70 Therapieeinrichtungen der Schweiz analysiert. Es zeigte sich, dass sich die Katamneseinstitutionen von den übrigen Einrichtungen mit einer 95%igen Sicherheit weder bezüglich ihrer Grösse, der geplanten Behandlungsdauer, der theoretischen Ausrichtung, der Psychotherapie als Schwerpunkt oder der Stellenprozente pro Klientenplatz unterschieden (Tabelle 4.3.). Jedoch waren die Unterschiede bezüglich der Grösse und den Stellenprozenten pro Klientenplatz nur knapp nicht signifikant: Die Katamneseinstitutionen waren grösser (Durchschnitt 20.42 Plätze) als die übrigen Einrichtungen (15.66) und sie verfügten über mehr Stellenprozente pro Klientenplatz (78.64 versus 65.40).

Tabelle 4.3. Vergleich der an der Katamnese teilnehmenden Einrichtungen mit den übrigen Schweizer Einrichtungen

	Katamneseinstitutionen			Übrige Institutionen			t-Wert Chi ²	df	Signi- fikanz
	mean	sd	n	mean	sd	n			
Grösse ^{x)}	20.42	14.19	24	15.66	13.48	68	-1.47	90	.146
Geplante Behandlungsdauer ^{x)}	14.21	3.87	24	14.08	6.94	68	-.09	90	.932
Stellenprozente pro Klientenplatz ^{x)}	78.64	29.42	24	65.40	28.05	68	-1.96	90	.053
Psychotherapie als Schwerpunkt ^{xx)}	-	-	24	-	-	69	.98	1	.323
Theoretische Ausrichtung ^{xxx)}	-	-	24	-	-	68	10.62	7	.156

mean = Mittelwert; sd = Standardabweichung; df = Freiheitsgrade

^{x)}t-Test; ^{xx)}phi; ^{xxx)}Cramers V

Für die Durchführung der hierarchischen Analysen mussten aus methodischen Gründen die Daten von einzelnen Institutionen zusammengefasst werden. Auswertungen mit dem HLM-Modell sind methodisch nur sinnvoll, wenn mindestens drei Klient/innen pro Einrichtung vorhanden sind. Je nach der Anzahl fehlender Werte bei der abhängigen Variable wiesen bis zu sechs Therapieeinrichtungen zuwenig Klient/innen auf. Bei der deshalb notwendigen Zusammenführung von Einrichtungen auf der Institutionsebene wurde auf eine möglichst identische Verteilung der folgenden Merkmale geachtet: Anzahl Plätze, therapeutisches Angebot, Stellenprozente pro Behandlungsplatz, Anzahl Jahre Erfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich sowie Supervision mit dem therapeutischen Personal. Zudem stellte sich das Problem der fehlenden Werte auf der Klientenebene. Deshalb unterschieden sich die Anzahl der untersuchten Klient/innen und Institutionen zwischen den Analysen der einzelnen abhängigen Variablen.

Bei der Auswertung der Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums zwischen dem Zeitraum vor und nach der Therapie wurden die Informationen von 19 Einheiten auf der Institutionsebene – zusammengefasst aus den 24 Einrichtungen – und von 170 Klient/innen verwendet. Bezüglich der Untersuchung der Veränderung der Arbeitssituation ergab sich dieselbe Stichprobengrösse. Die Betrachtung des Opiat- und/oder Kokainkonsums während des Katamnesezeitraums konnte mit 183 Klient/innen und auf der Einrichtungsebene mit 21, aus den 24 Institutionen zusammengefassten, Einheiten durchgeführt werden. Für die Analyse der Arbeitssituation im Katamnesezeitraum standen wiederum Informationen aus denselben 21 Einheiten der Institutionsebene sowie von 186 Klient/innen zur Verfügung.

4.3.3. Instrumente und Operationalisierung

Die Erfassung der Situation der Klient/innen vor der Therapie erfolgte mit dem bewährten Eintrittsfragebogen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS (KOFOS, 1999). Die Erhebung des Verlaufs nach Austritt aus der Therapie fand mit einem überarbeiteten Fragebogen statt (Dobler-Mikola et al., 2000), dessen Vorversion bereits in früheren Studien eingesetzt wurde (Wettach & Dobler-Mikola, 1994; Dobler-Mikola et al., 1998). Folgende Messungen und Datenrekodierungen wurden zur Bestimmung der abhängigen Variablen durchgeführt.

1. *Verlauf der Arbeitssituation:* Es wurde erhoben, ob der/die Klient/in sich in den zwölf Monaten vor dem Eintritt und in den 18 Monaten nach dem Austritt die "ganze Zeit", "meiste Zeit", "teilweise" oder "nie" in einer Vollzeit- oder Teilzeitanstellung befunden hatte. Der Längsschnitt ergab sich aus der Verrechnung der beiden Zeiträume, auf die sich die Messung bezog. "Ganze

Zeit" erhielt den Wert 3, "nie" den Wert 0. Durch die Subtraktion des Wertes vor der Therapie vom Wert im Katamnesezeitraum ergab sich die neue Variable des Verlaufs der Arbeitssituation. Deren Bereich reichte von -3 bis +3, wobei -3 eine Verschlechterung um drei Stufen zwischen der vorthérapeutischen und der nachtherapeutischen Zeit bedeutet. Mit anderen Worten bedeutet -3 eine Verschlechterung von einer festen Anstellung während den ganzen zwölf Monaten vor der Therapie zu einer Situation in den 18 Monaten nach Austritt, die durch die Abwesenheit einer festen Anstellung gekennzeichnet war. Diese Operationalisierung weicht von derjenigen in der Studie von Dobler-Mikola et al. (2000) ab, da für die Multilevel-Analysen mit dem Programmpaket *HLM for Windows Version 4.01.01* von Bryk et al. (1996) ein intervallskaliertes oder ein dichotomes Skalenniveau nötig war.

2. *Arbeitssituation nach der Therapie*: Wenn sich der/die Klient/in in den 18 Monaten nach dem Eintritt die "ganze Zeit" oder "meiste Zeit" in einer Vollzeit- oder Teilzeitanstellung befand, wurde dies mit 1, bei den Antworten "teilweise" oder "nie" mit 0 kodiert.
3. *Verlauf des Konsums von Opiaten und/oder Kokain*: Der Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den zwölf Monaten vor dem Eintritt und in den 18 Monaten nach dem Eintritt wurde in den Kategorien "(fast) täglich", "gelegentlich", "selten" oder "kein Konsum" erfasst. Der Längsschnitt wurde wiederum durch die Differenz der beiden Zeiträume berechnet. Die Angabe "kein Konsum" erhielt den Wert 3, "(fast) täglich" den Wert 0. Die Werte umfassten ebenfalls den Bereich von -3 bis +3. Beispielsweise bezeichnet +2 eine Verminderung des Konsums von Opiaten und/oder Kokain von "gelegentlich" während der zwölf Monate vor der Therapie zu "kein Konsum" während der gesamten 18 Monate nach dem Austritt. Auch diese Operationalisierung ist wegen den Multilevel-Analysen verschieden von derjenigen in der Studie von Dobler-Mikola et al. (2000).
4. *Konsum von Opiaten und/oder Kokain nach der Therapie*: Die Angabe des/der Klient/in, dass er/sie in den 18 Monaten nach Austritt aus der Therapie keine Opiate beziehungsweise kein Kokain konsumiert hatte, wurde mit 0 kodiert. Wenn ein solcher Konsum berichtet wurde, war die Kodierung 1.

Die Erhebung der Informationen zur Struktur der Therapieeinrichtungen fand mit dem Modularen Instrument zur Deskription von Suchtbehandlung statt (MIDES, zur Entwicklung siehe Schaaf et al., 1997; Wettach et al., 1997). Es wurden die folgenden Variablen für die Analysen verwendet.

1. Die Grösse der Einrichtung anhand der Anzahl Plätze für Klient/innen.
2. Das Alter der Therapieinstitution in Jahren.

3. Die Inanspruchnahme von externer Organisationsberatung innerhalb der vergangenen fünf Jahre (0 für "nein", 1 für "ja").
4. Die weltanschauliche Ausrichtung. Die Ausprägung 1 bedeutet eine säkulare Ausrichtung, die Ausprägung 0 eine spirituelle Ausrichtung.
5. Das Vorhandensein einer eigenen Aussenwohngruppe zur Nachbetreuung der Klient/innen (0 für "nein", 1 für "ja").
6. Die geographische Nähe zu einer Drogenszene (0 für "nein", 1 für "ja").
7. Die Auslastung der Therapieeinrichtung im zweiten Halbjahr 1997 in Prozent. Die Auslastung wurde anhand der Division der Summe der tatsächlichen Aufenthaltstage im Beobachtungszeitraum durch die maximal möglichen Aufenthaltstage bestimmt.
8. Der Anteil der Klient/innen in Einzelzimmern wurde relativ zur Gesamtzahl der Klient/innen in Prozenten miteinbezogen.
9. Den Klient/innen war Alkoholkonsum während der Therapie erlaubt (0 für "nein", 1 für "ja").
10. Den Klient/innen war sowohl der Konsum von Alkohol wie auch von Nikotin während der Therapie verboten (0 für "nein", 1 für "ja").
11. Es existierte eine schriftlich festgehaltene Hausordnung (0 für "nein", 1 für "ja").
12. Die Regeln bezüglich Sanktionskriterien und -massnahmen waren schriftlich festgehalten (0 für "nein", 1 für "ja").
13. Die Einrichtung war in ein Therapienetz eingebunden (0 für "nein", 1 für "ja").
14. Die Einrichtung war in eine Therapiekette eingebunden (0 für "nein", 1 für "ja").
15. Der hauptsächliche theoretische Hintergrund der Therapie war sozialtherapeutisch (0 für "nein", 1 für "ja").
16. Wenn die Institution als Schwerpunkt entweder tiefenpsychologische, humanistische, verhaltenstherapeutisch/kognitive oder systemische Therapieelemente anwendete, so wurde die Variable "Psychotherapie als Schwerpunkt" mit 1 kodiert, andernfalls mit 0.
17. Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht möglich (0 für "nein", 1 für "ja").
18. Die Wichtigkeit von *Einzeltherapie* im Angebot wurde von der Therapieeinrichtung für die Phasen "zu Beginn der Therapie", "während der Therapie" und "gegen Ende der Therapie" jeweils einzeln mit "kein Angebot" (Wert 0), "nicht wichtig" (1), "weniger wichtig" (2), "wichtig" (3) oder "sehr wichtig" (4)

bewertet. Für die Analyse wurde der Durchschnitt der drei Bewertungen verwendet.

19. Die Variable "Wichtigkeit von *Gruppentherapie*" wurde analog zu Punkt 18 gebildet.
20. Die Variable "Wichtigkeit von *Paar- und/oder Familientherapie*" wurde analog zu Punkt 18 gebildet.
21. Die Variable "Wichtigkeit von *Arbeitstherapie*" wurde analog zu Punkt 18 gebildet.
22. Fernsehen und Musikhören waren während der Therapie verboten (0 für "nein", 1 für "ja").
23. Mehrfacher Alkoholkonsum als ein unbedingter Entlassungsgrund (0 für "nein", 1 für "ja").
24. Mehrfacher Konsum weicher Drogen als ein unbedingter Entlassungsgrund (0 für "nein", 1 für "ja").
25. Wenn der/die Klient/in den Wunsch nach Therapieabbruch äusserte, wurde grundsätzlich versucht, ihn/sie umzustimmen (0 für "nein", 1 für "ja").
26. Bei einem Therapieabbruch wurde der/die Klient/in bei der Wohnungs- und Arbeitssuche unterstützt und/oder in eine andere Behandlung vermittelt (0 für "nein", 1 für "ja").
27. Die vorhandenen personellen Ressourcen pro Klientenplatz wurden bestimmt durch die Summe der Stellenprozente aller Mitarbeiter/innen einer Therapieeinrichtung geteilt durch die Anzahl Klientenplätze.
28. Die personellen Ressourcen im Bereich *Therapie* der Einrichtung wurden analog zu Punkt 27 berechnet, jedoch wurden nur Stellenprozente von Mitarbeiter/innen berücksichtigt, die im Bereich Therapie arbeiteten.
29. Die personellen Ressourcen im Bereich *Arbeit / Beschäftigung* der Einrichtung wurden analog zu Punkt 27 berechnet, jedoch wurden nur Stellenprozente von Mitarbeiter/innen berücksichtigt, die im Bereich Arbeit beschäftigt waren.
30. Die berufliche Erfahrung im Suchtbereich wurde durch die durchschnittliche Anzahl Jahre, die die Mitarbeiter/innen einer Therapieeinrichtung bereits mit Suchtbereich tätig waren, bestimmt.
31. Die Erfahrung des Personals in der Therapieeinrichtung wurde anhand der durchschnittlichen Anzahl Jahre, die die Mitarbeiter/innen bereits in der Therapieeinrichtung angestellt waren, berechnet.
32. Durchführung von obligatorisch zu besuchender Supervision mit dem therapeutischen Personal (0 für "nein", 1 für "ja").

33. Die Personalfuktuation einer Therapieeinrichtung im Jahre 1997, bestimmt durch die Anzahl der ausgetretenen Mitarbeiter/innen plus die Anzahl der neu eingetretenen Mitarbeiter/innen, geteilt durch die Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen am Anfang des Beobachtungsjahres, mal hundert (Prozentzahlen).

4.3.4. Datenerhebung

Die Erhebung der Informationen der Klient/innen fand zu drei verschiedenen Zeitpunkten statt: bei Eintritt, bei Austritt und 18 Monate nach Austritt. Bei Eintritt in die Behandlung wurde von einem/einer Mitarbeiter/in der Therapieeinrichtung innerhalb der ersten zwei Wochen ein Interview durchgeführt. Sie erhoben mittels eines strukturierten Fragebogens in einem ungefähr zwei Stunden dauernden Gespräch die Daten. Bei Austritt fügte ein/eine Mitarbeiter/in der Institution alleine die wichtigsten Daten in einen strukturierten Fragebogen ein. Zur Befragung 18 Monate nach Austritt suchte eine von der Therapieeinrichtung unabhängige Mitarbeiterin der Forschungsstelle die ehemaligen Klient/innen auf und befragte sie mittels eines strukturierten Fragebogens in einem zweistündigen Interview. Eine Entschädigung für die Klient/innen war nicht vorgesehen. Eine ausführliche Beschreibung der Datenerhebung ist bei Dobler-Mikola et al. (2000) zu finden.

Die Erhebung der Informationen zur Struktur der Therapieeinrichtungen wurde bereits in Kapitel 3.3. beschrieben. Alle in diese Untersuchung aufgenommenen Institutionen füllten den MIDES im Frühjahr 1998 aus.

4.3.5. Auswertungsmethoden

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Institutionsmerkmalen und dem Therapieverlauf der Klient/innen erfolgte anhand von Hierarchisch Linearen Modellen (HLM), oder auch Mehrebenenanalysen genannt. Für weitere Angaben hinsichtlich der Theorie und Anwendung von hierarchisch linearen Analysen wird auf das Kapitel 2. des vorliegenden Berichtes verwiesen.

4.4. Ergebnisse

Im Folgenden wird dargelegt, inwiefern die untersuchten Institutionsmerkmale einen Einfluss auf den Therapieverlauf der Klient/innen zeitigten. Dieser wurde mittels folgender vier Grössen¹⁰ operationalisiert:

- Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klient/innen auf einer 7-Punkte-Skala von -3 bis +3 (Vergleich des Konsums in den 12 Monaten vor der Therapie und den 18 Monaten nach der Therapie), wobei beispielsweise +3 eine Verbesserung von (fast) täglichem Konsum vor der Therapie zu keinem Konsum nach der Therapie bedeutet;
- Veränderung der Arbeitssituation der Klient/innen auf einer 7-Punkte-Skala von -3 bis +3 (Vergleich der Arbeitssituation in den 12 Monaten vor der Therapie und den 18 Monaten nach der Therapie), wobei zum Beispiel -3 die Verschlechterung von einer festen Teil- beziehungsweise Vollzeitstelle vor der Therapie zu keiner festen Anstellung über den ganzen Katamnesezeitraum bedeutet;
- Opiat- und/oder Kokainkonsum der Klient/innen während der 18 Monate nach dem Therapieaustritt (0 für kein Konsum, 1 für Konsum);
- Arbeitssituation der Klient/innen während der 18 Monate nach dem Therapieaustritt (0 für teilweise oder nie Teil- beziehungsweise Vollzeitarbeit, 1 für ganze oder meiste Zeit).

In einem ersten Schritt werden die relativen Häufigkeiten der Werte der genannten Variablen in Form von Balkendiagrammen wiedergegeben. Abbildung 4.1. gibt darüber Auskunft, wie hoch der Anteil von Klient/innen ist, die im Laufe ihrer Therapie hinsichtlich ihres Opiat- und/oder Kokainkonsums und ihrer Arbeitssituation eine Verbesserung oder Verschlechterung erfahren haben. Aus dem Vergleich des Konsums der Klientele während der zwölf Monate vor Behandlungsantritt und desjenigen während der 18 Monate nach Austritt wurde eine Verminderung oder Zunahme des Konsums ermittelt. Die Veränderung der Arbeitssituation wurde analog berechnet.

Im Vergleich zum Therapiebeginn erreichten 31% der Klient/innen eine markante Verminderung des Konsums von Opiaten und/oder Kokain (drei Punkte). Dies bedeutet, dass diese Klient/innen in den zwölf Monaten vor Beginn der Therapie einen täglichen oder beinahe täglichen Gebrauch der erwähnten Substanzen aufwiesen, während der 18 Monaten nach Austritt hingegen weder Opiate

¹⁰ Die hier aufgeführten Variablen basieren auf denjenigen der FOS-Nachbefragungsstudie (Dobler-Mikola et al., 2000), ihre Kodierungen wurden jedoch für die im Rahmen des Hierarchisch Linearen Modells HLM durchgeführten Analysen abgeändert.

noch Kokain konsumierten. Eine Verminderung des Konsums von Opiaten und/oder Kokain um zwei Punkte war bei 16% der Klient/innen festzustellen. Diese konsumierten vor Beginn der Behandlung gelegentlich Opiate und/oder Kokain, während sie nach dem Austritt aus der Therapie keinen solchen Konsum mehr aufwiesen; oder sie konsumierten vor Behandlungsbeginn (fast) täglich Opiate und/oder Kokain, während sie nach dem Austritt diese Substanzen nur noch selten gebrauchten. Eine Verminderung des Konsums um einen Punkt fand bei 15% der Klientele statt. Im Vergleich zum Zeitraum vor der Therapie war bei 31% der Klientele nach Beendigung ihrer Therapie weder eine Zunahme noch eine Abnahme ihres Opiat- und/oder Kokainkonsums zu beobachten. 7% der Klient/innen konsumierten bei Abschluss der Therapie mehr Opiate und/oder Kokain als zu Beginn der Therapie: 5% verzeichneten einen um einen Punkt höheren Konsum, je 1% einen um zwei beziehungsweise um drei Punkte höheren Konsum.

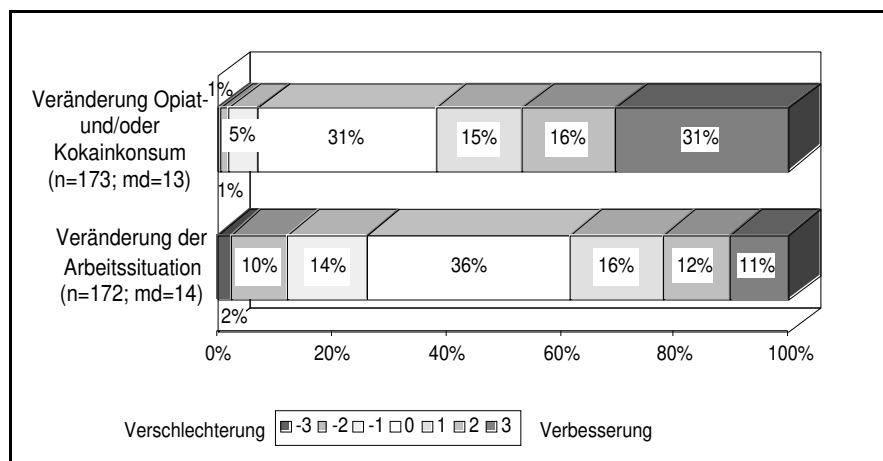


Abbildung 4.1. Häufigkeitsverteilung Therapieverlauf: Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums und der Arbeitssituation (Längsschnitt)

Hinsichtlich der Frage, ob sich die Arbeitssituation der Klient/innen im Lauf der Therapie verbessert oder verschlechtert hatte, kann folgendes festgehalten werden: 39% der Klientele konnte auf Grund der Therapie eine Verbesserung ihrer Arbeitssituation erzielen. Und zwar zeigten 11% eine Verbesserung um drei Punkte, das heisst, dass die betreffenden Personen in den zwölf Monaten vor Therapiebeginn nie einer Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigung nachgingen, in den 18 Monaten nach Behandlungsaustritt jedoch die ganze Zeit eine solche Stelle besaßen. 12% erzielten eine Verbesserung um zwei Punkte; dies bedeutet, dass die Klient/innen zu Behandlungsbeginn gar nicht beziehungsweise teilweise arbeitstätig waren, nach Austritt aber entweder die meiste Zeit respektive die ganze Zeit arbeiteten. 16% der Klientele verbesserte sich um einen Punkt.

Im Vergleich zur Zeit vor dem Behandlungsbeginn war bei weiteren 36% der Klientele nach dem Austritt weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung ihrer Arbeitssituation zu beobachten. Und die Arbeitssituation von 26% der Klient/innen verschlechterte sich: 14% erfuhren eine Verschlechterung um einen Punkt, 10% eine solche um zwei Punkte und 2% eine um drei Punkte.

Abbildung 4.2. spiegelt die Häufigkeit des Opiat- und/oder Kokainkonsums beziehungsweise die Arbeitssituation der Klient/innen während der 18 Monate nach Therapieaustritt wider.

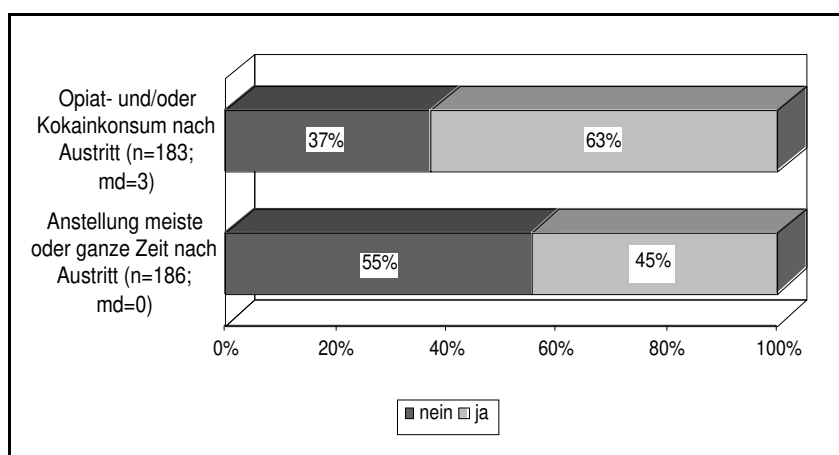


Abbildung 4.2. Häufigkeitsverteilung Therapieverlauf: Opiat und/oder Kokainkonsum sowie Arbeitssituation während der 18 Monate nach Beendigung der Therapie (Querschnitt)

37% der Klient/innen wiesen während der 18 Monate nach Beendigung der Therapie keinen Opiat- und/oder Kokainkonsum auf. Und 55% der Klientele ging während der ganzen oder meiste Zeit während den 18 Monaten nach Austritt entweder einer Vollzeit- oder einer Teilzeitarbeit nach.

Im nächsten Schritt wurde analysiert, inwieweit der Therapieverlauf der Klient/innen durch Unterschiede zwischen den Institutionen erklärt werden konnte. Das Behandlungsergebnis wurde mittels der vier oben dargestellten Erfolgsindikatoren operationalisiert.

Tabelle 4.4. gibt darüber Auskunft, inwiefern die Verminderung oder die Zunahme des Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klient/innen durch die Einrichtungsebene erklärt werden konnte.

Es bestand kein statistisch signifikanter Einfluss der Institutionsebene auf die Variable der Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klientele

Tabelle 4.4. *Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums vor und nach der Therapie (one-way ANOVA-Modell)*

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	p-Wert
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	.051	.225	18	22.871	n.s.
	Ebene Individuen (R)	1.996	1.413			
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Durchschnitt der Veränderung (Intercept B0)	1.288	.121			

n.s. = nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=170; missing data=16

Anzahl Einheiten auf Institutionsebene N=19

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .182

(p-Wert n.s.; Tabelle 4.4.). Die Unterschiede zwischen den Institutionen erklärten lediglich 2.5%¹¹ der gesamten Varianz, das heisst, die Klient/innen verschiedener Einrichtungen unterschieden sich nicht systematisch voneinander im Hinblick auf die Veränderung ihres Opiat- und/oder Kokainkonsums.

Der Tabelle 4.5. ist zu entnehmen, ob die Institutionsebene einen Erklärungswert für die Veränderung der Arbeitssituation der Klientele im Vergleich vor und nach der Therapie besass.

Die Einrichtungsebene zeigte keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Arbeitssituation der Klient/innen (p-Wert n.s.; Tabelle 4.5.). Die Unter-

Tabelle 4.5. *Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Veränderung der Arbeitssituation vor und nach der Therapie (one-way ANOVA-Modell)*

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	p-Wert
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	.002	.046	18	18.329	n.s.
	Ebene Individuen (R)	2.103	1.450			
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Durchschnitt der Veränderung (Intercept B0)	.321	.112			

n.s. = nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=169; missing data=17

Anzahl Einheiten auf Institutionsebene N=19

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .009

¹¹ Berechnet als: $U0 / (U0 + R) = .051 / (.051 + 1.996) = .025$

schiede zwischen den Institutionen erklärten nur 0.1%¹² der gesamten Varianz der Veränderung der Arbeitssituation vor und nach der Therapie. Das heisst, die Klient/innen verschiedener Einrichtungen unterschieden sich nicht systematisch voneinander hinsichtlich der Veränderung ihrer Arbeitssituation.

Aus Tabelle 4.6. ist zu entnehmen, inwieweit ein unterschiedlicher Opiat- und/oder Kokainkonsum der Klient/innen in den 18 Monaten nach Therapieaustritt auf die Institutionsebene zurückzuführen war.

Tabelle 4.6. Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf den Opiat- und/oder Kokainkonsum in den 18 Monaten nach Therapieaustritt (one-way ANOVA-Modell)

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	p-Wert
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	.291	.539	20	32.619	p≤.05
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Konsum (Intercept B0)	.551	.200			

n.s. = nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=183; missing data=3

Anzahl Einheiten auf Institutionsebene N=21

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .348

Die Tatsache, dass die Klient/innen in unterschiedlichen Therapieinstitutionen behandelt wurden, übte einen statistisch signifikanten Einfluss auf ihren Opiat- und/oder Kokainkonsum 18 Monate nach Beendigung der Therapie aus (p≤.05; Tabelle 4.6.). Je nach Therapieeinrichtung besass ein/e Klient/in eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit, 18 Monate nach Therapieaustritt einen Opiat- und/oder Kokainkonsum aufzuweisen. Die Reliabilität bewegte sich mit .348 im mittleren Bereich. Die Unterschiede des Verlaufs von Befragten aus unterschiedlichen Einrichtungen zeigte sich darin, dass aus bestimmten Therapieeinrichtungen keine Klient/innen während der 18 Monate nach Austritt Opiate und/oder Kokain konsumierten, während dies in anderen Institutionen für bis zu 100% der untersuchten Klientele zutraf.

Darauf konnte geprüft werden, welche institutionsspezifischen Merkmale einen Erklärungswert für das unterschiedliche Konsumverhalten der Klientele besaßen. In Tabelle 4.7. ist der erste Teil der untersuchten Institutionsmerkmale wie die Grundangaben der Einrichtung, ihre prozentuale Auslastung, Informationen zu den Räumlichkeiten, Restriktionen hinsichtlich Nikotin und Alkohol sowie Angaben über allfällige schriftliche Regelungen und weitere spezifische Therapiemerkmale aufgeführt.

¹² Berechnet als: $U0 / (U0 + R) = .002 / (.002 + 2.103) = .001$

Tabelle 4.7. Teil 1: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf den Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den 18 Monaten nach Therapieaustritt

		Reliabilität*	Beta-Koeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio
Grundangaben	Grösse der Einrichtung (Anzahl Plätze)	.379	-.008	.014	n.s.	.99
	Alter der Therapieeinrichtung (Jahre)	.357	-.030	.029	n.s.	.97
	Externe Beratung für die Therapieeinrichtung in den letzten 5 Jahren (=1, keine =0)	.269	-1.141	.717	n.s.	.32
	Säkulare weltanschauliche Ausrichtung (=1, spirituelle =0)	.345	-1.094	1.238	n.s.	.33
	Eigene Aussenwohngruppe (=1, keine =0)	.373	-.203	.492	n.s.	.82
	Therapieeinrichtung in der Nähe einer Drogenszene (=1, keine =0)	.382	.301	.522	n.s.	1.35
Auslastung	Auslastung der Therapieeinrichtung im 2. Halbjahr 1997 (Prozente)	.307	-.042	.0234	$p \leq .10$.958
Räumlichkeiten	Anteil Klient/innen in Einzelzimmern (Prozente) ^{a)}	.445	.0040	.0062	n.s.	1.004
Abstinenzorientierung	Alkoholkonsum erlaubt (=1, nicht erlaubt =0)	.388	.139	.666	n.s.	1.15
	Nikotin- und Alkoholkonsum verboten (=1, erlaubt =0)	.393	.186	.689	n.s.	1.20
Schriftliche Regelungen	Schriftliche Hausordnung (=1, keine =0)				n.s.	
	Schriftliche Regelung der Sanktionskriterien und -massnahmen (=1, keine =0)				n.s.	
Therapie-merkmale	Therapienetz (=1, nein =0)	.373	-.212	.411	n.s.	.81
	Therapiekette (=1, nein =0)	.384	.085	.481	n.s.	1.09
	Sozialtherapeutischer theoretischer Hintergrund (=1, anderer =0)	.364	.426	.435	n.s.	1.53
	Psychotherapie als Schwerpunkt der Behandlung (=1, kein Schwerpunkt =0)	.301	-.852	.508	n.s.	.43
	Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht (=1, keine =0)	.379	.438	.506	n.s.	1.55

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=183; missing data=3

^{a)} Ausnahme wegen Level 2 missing data: n=150; md=36 / N=19

n.s. = nicht signifikant

* Reliabilität für Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen

Von den in Tabelle 4.7. untersuchten institutionsbezogenen Merkmalen besass einzig das Merkmal "Auslastung der Therapieeinrichtung im 2. Halbjahr 1997" einen tendenziellen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass die Klient/innen in den 18 Monaten nach Therapieaustritt Opiate und/oder Kokain konsumierten ($p \leq .10$). Der negative Beta-Koeffizient wies darauf hin, dass eine höhere Ausla-

stung mit einem tieferen Anteil an drogenkonsumierenden Klient/innen zusammenhing.

In Tabelle 4.8. ist der zweite Teil der Institutionsmerkmale aufgeführt, von denen angenommen wurde, dass sie einen Einfluss auf den Opiat- und/oder Kokainkonsum der Klientele ausüben könnten. Diese Merkmale umfassten Einzelheiten des Therapieangebots, Angaben über eine allfällige Einschränkung der Klientele bezüglich der Möglichkeit, fernzusehen oder Musik zu hören, Gründe für den Ausschluss aus der Therapie, die Massnahmen bei einem Therapieabbruch sowie Informationen in Zusammenhang mit den personellen Ressourcen der Institutionen.

Von den in Tabelle 4.8. untersuchten, institutionsspezifischen Charakteristika besass das Merkmal "mehrfacher Alkoholkonsum als unbedingter Ausschlussgrund" einen tendenziellen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass die Klient/innen in den 18 Monaten nach Therapieaustritt Opiate und/oder Kokain konsumierten ($p \leq .10$). Das Odds-Ratio von .43 ist derart auszulegen, dass das Risiko, nach Therapieaustritt einen Opiat- und/oder Kokainkonsum aufzuweisen, für eine Person in einer Institution, in der ein Mehrfachkonsum von Alkohol einen unbedingten Ausschlussgrund darstellte, mehr als zweimal (2.3^{13}) *geringer* war als für eine Person, die sich in einer Therapieeinrichtung behandeln liess, in der ein mehrfacher Alkoholkonsum nicht unbedingt einen Therapieausschluss zur Folge hatte.

Weiter übte die Tatsache, dass der mehrfache Konsum von weichen Drogen einen unbedingten Ausschlussgrund darstellte, ebenfalls einen tendenziellen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit eines Opiat- und/oder Kokainkonsums aus (Tabelle 4.8.; $p \leq .10$). Das Odds-Ratio von .32 bedeutet, dass das Risiko, nach Therapieaustritt einen Opiat- und/oder Kokainkonsum aufzuweisen, für eine Person in einer Institution, in der ein mehrfacher Konsum von weichen Drogen unbedingt zum Ausschluss führte, mehr als dreimal (3.2^{14}) *geringer* war als für eine Person, die sich in einer Therapieeinrichtung behandeln liess, in welcher der mehrfache Konsum von weichen Drogen kein unbedingter Grund für einen Ausschluss aus der Therapie war. Möglicherweise besass also der Umstand, dass mehrfacher Alkoholkonsum beziehungsweise mehrfacher Konsum von weichen Drogen in einer Therapieeinrichtung einen unbedingten Ausschlussgrund darstellten, einen protektiven Charakter hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines Opiat- und/oder Kokainkonsums der Klientele in den 18 Monaten nach Therapieaustritt.

¹³ Berechnet als $\exp(\beta)$: $\exp(0.841)=2.3$

¹⁴ Berechnet als $\exp(\beta)$: $\exp(1.152)=3.2$

Tabelle 4.8. Teil 2: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf den Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den 18 Monaten nach Therapieaustritt

		Reliabilität*	Beta-Koeffizient	Standardfehler	p-Wert	Odds-Ratio
Therapieangebot	Therapieangebot: Wichtigkeit von Einzeltherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.332	.267	.176	n.s.	1.31
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Gruppentherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.375	.583	.372	n.s.	1.79
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Familientherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.388	.095	.180	n.s.	1.10
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Arbeitstherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.365	.128	.272	n.s.	1.14
Einschränkungen	Verbot von Fernsehen und Musik ^{a)} (=1, erlaubt =0)	.410	-.119	.440	n.s.	.89
unbedingter Ausschlussgrund	Mehrfacher Alkoholkonsum (=1, kein unbedingter Ausschlussgrund =0)	.279	-.841	.474	p≤10	.43
	Mehrfacher Konsum weicher Drogen (=1, kein unbedingter Ausschlussgrund =0)	.289	-1.152	.596	p≤10	.32
Therapieabbruch	Bei Abbruchwunsch: Versuch umzustimmen(=1, kein =0)	.381	.214	.427	n.s.	1.24
	Unterstützung bei Therapieabbruch: And. Behandlung / Wohnungs- beziehungsweise Arbeitssuche (=1, keine =0)	.362	.214	.456	n.s.	1.24
Personelle Ressourcen	Stellenprozente pro Klientenplatz	.319	-.0096	.0065	n.s.	.9904
	Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Therapie	.313	-.0187	.0138	n.s.	.9815
	Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Arbeit	.393	.0019	.0126	n.s.	1.0019
	Durchschnittliche Anzahl Jahre Tätigkeit der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich allgemein	.386	-.027	.116	n.s.	1.03
	Durchschnittliche Anzahl Anstellungsjahre der Mitarbeiter/innen in der Therapieeinrichtung	.384	-.081	.129	n.s.	1.08
	Obligatorische Supervision mit dem therapeutischen Personal (=1, keine =0)	.384	-.146	.610	n.s.	.86
	Personalflukuation (Prozente) ^{b)}	.393	.0080	.0081	n.s.	1.0080

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=183; missing data=3

Ausnahmen wegen Level 2 missing data: ^{a)} n=179; md=7 / N=20; ^{b)} n=172; md=14 / N=19

n.s. = nicht signifikant

* Reliabilität für Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen

Tabelle 4.9. Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Arbeitssituation in den 18 Monaten nach Therapieaustritt (one-way ANOVA-Modell)

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	p-Wert
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	.001	.037	20	20.506	n.s.
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Arbeitssituation (Intercept B0)	-.216	.148			

n.s. = nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=186; missing data=0

Anzahl Einheiten auf Institutionsebene N=21

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .003

Schliesslich wurde untersucht, inwieweit die unterschiedlichen Arbeitssituationen der Klient/innen in den 18 Monaten nach Therapieaustritt auf Unterschiede zwischen den Institution zurückzuführen waren (Tabelle 4.9.). Auch bei diesem Verlaufskriterium übte die Einrichtungsebene keinen Einfluss aus (p-Wert n.s.), das heisst, die Klient/innen verschiedener Institutionen unterschieden sich nicht systematisch voneinander im Hinblick auf ihre Arbeitssituation.

4.5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zu den Verlaufsindikatoren der Klient/innen diskutiert und mögliche Interpretationen sowie Einwände formuliert. Die methodischen Aspekte der Studie und deren Konsequenzen für die Interpretation der Resultate sind am Schluss des Kapitels wiedergegeben.

Der Einfluss von Behandlungs- und Institutionsmerkmalen auf den Verlauf von 186 Drogenabhängigen während den 18 Monaten nach Austritt aus einer der 24 untersuchten, abstinentenorientierten stationären Therapieeinrichtungen wurde analysiert. Unter den Befragten befanden sich sowohl Therapiebeender/innen als auch -abbrecher/innen. Die Analyse erfolgte in zwei Schritten. Als erstes wurde die Varianz des Therapieverlaufs in die Ebene der Institutionen und in die Ebene der Individuen aufgeteilt. In einem zweiten Schritt, sofern die Einrichtungsebene einen signifikanten Anteil erklärte, wurde der Einfluss der verschiedenen Behandlungs- und Institutionsmerkmale auf die individuellen Verläufe geprüft.

Bereits beim ersten Schritt wurde klar, dass die Institutionsebene nur sehr wenig der Varianz des Verlaufs der Klient/innen erklärte. Bei drei der vier Verlaufskriterien hatte die Einrichtungsebene keinen Einfluss auf deren Varianz, wobei die Zuverlässigkeit dieser Resultate angesichts der Reliabilitätswerte als

hoch einzuschätzen ist. Es zeigte sich also kein Einfluss der Einrichtungsebene bei der Betrachtung der Veränderung des Konsums von Opiaten und/oder Kokain zwischen dem Jahr vor Eintritt in die Therapie und den 18 Monaten des Katamnesezeitraums. Dasselbe Resultat ergab sich bei der Analyse sowohl hinsichtlich der Veränderung der Arbeitssituation zwischen den genannten Zeitspannen als auch hinsichtlich der Arbeitssituation im Katamnesezeitraum. Lediglich beim Verlaufsindikator des Konsums von Opiaten und/oder Kokain im Katamnesezeitraum erklärte die Institutionsebene einen Teil der Varianz, wobei auf Grund der Reliabilität eine mittlere Zuverlässigkeit des Ergebnisses vorlag.

Der zweite Schritt umfasste die Prüfung, welche Institutions- und Behandlungsmerkmale einen Einfluss auf die vier Verlaufsindikatoren der Klient/innen aufwiesen. Da jedoch wie oben erwähnt die Einrichtungsebene nur hinsichtlich des Opiat- und/oder Kokainkonsums im Katamnesezeitraum einen relevanten Erklärungsanteil aufwies, beschränkte sich die Analyse auf dieses Verlaufsmerkmal. Es zeigte sich dabei, dass lediglich die folgenden drei von 33 untersuchten Einrichtungsmerkmalen einen Teil des unterschiedlichen Konsums von Opiaten und/oder Kokain im Katamnesezeitraum erklärten:

- die prozentuale Auslastung einer Therapieeinrichtung (je höher die Auslastung, desto kleiner der Anteil an drogenkonsumierenden Klient/innen),
- der mehrfache Alkoholkonsum als unbedingter Grund für einen Therapieausschluss (bei dieser Regelung zeigte sich ein geringerer Anteil an drogenkonsumierenden Klient/innen),
- der mehrfache Konsum von weichen Drogen als unbedingter Grund für einen Therapieausschluss (bei dieser Regelung zeigte sich ein geringerer Anteil an drogenkonsumierenden Klient/innen).

Hingegen hatten Merkmale wie die Grösse und das Alter der Institutionen, die Einbindung in ein Therapienetz beziehungsweise eine Therapiekette sowie die Durchführung von Psychotherapie als Schwerpunkt und der Klient/innen-Personal-Schlüssel keinen Einfluss auf den Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den 18 Monaten nach Austritt.

Eine höhere Bettenauslastung in der zweiten Hälfte des Jahres, als die beobachteten Klient/innen aus der Therapie austraten, hatte einen protektiven Effekt hinsichtlich des Konsums von Opiaten und/oder Kokain. Dieses Ergebnis ist auf den ersten Blick überraschend, da eine tiefere Auslastung mit einer intensiveren Betreuung und Therapie einhergehen müsste. Das Resultat lässt sich aber auch anders interpretieren: Eine tiefe Auslastung bedeutet unter Umständen eine Bedrohung der Existenz der Institution und somit der Arbeitsplätze. Dies könnte einen Einfluss auf die Verfassung und das Verhalten der Mitarbeiter/innen haben und somit indirekt auch auf den Therapieverlauf der Klient/innen einer Behandlungseinrichtung. Die Klientele könnte beispielsweise länger in der

Institution gehalten werden, indem gewisse Regelverstösse milder geahndet würden als in Zeiten einer Vollbelegung. Der gefundene Zusammenhang könnte auch mit dem Phänomen von "Abbruchwellen" zusammenhängen – ein Abbruch zieht manchmal weitere Abbrüche nach sich –, da bei solchen Häufungen auch Klient/innen frühzeitig austreten könnten, die von einer Fortführung der Therapie noch stark profitiert hätten. Des Weiteren weist eine höhere Auslastung darauf hin, dass solche Institutionen attraktiv waren und bei Drogenabhängigen beziehungsweise Zuweiser/innen einen guten Ruf hatten, sodass sie einerseits unter mehr Bewerber/innen eine Selektion treffen konnten, andererseits könnte ihr Ruf auf besonders guten Leistungen beruhen; dies würde den Zusammenhang der Auslastungsquote mit den Verläufen der Klient/innen ebenfalls teilweise erklären.

Die Regelung, dass der Konsum illegaler Drogen beziehungsweise von Medikamenten einen unbedingten Ausschlussgrund darstellt, erwies sich in der Untersuchung von Küfner et al. (1995) als ein Prädiktor für eine tiefere Rückfallquote mit illegalen Drogen *während* der Therapie, jedoch nur bei denjenigen Klient/innen, welche die Therapie regulär beendeten. Dennoch schien hier kein Selektionseffekt vorzuliegen: Wenn die Gesamtrückfallquote betrachtet wurde (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente), ergab sich derselbe Zusammenhang sowohl bei den Therapiebeender/innen als auch bei den Abbrecher/innen. In der vorliegenden Studie ergab sich ein positiver Effekt auf den Verlauf der Klient/innen, wenn die Institution den mehrfachen Konsum von weichen Drogen und Alkohol als unbedingten Ausschlussgrund bezeichnete. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich unter den in dieser Studie befragten Klient/innen sowohl Therapiebeender/innen als auch -abbrecher/innen befanden. Die Ergebnisse deuten dabei darauf hin, dass das erste der beiden Interpretationsangebote von Küfner et al. (1995) – die Abschreckung durch eine "strenge" Regelung – eher zutrifft als das zweite, welches von einer Verheimlichung des Konsums während der Behandlung ausging: Bei einer Verheimlichung wäre nicht mit besseren Verläufen nach dem Austritt zu rechnen. Eine "strenge" Regelung könnte zudem gewisse Klient/innen davon abhalten, in die Einrichtung einzutreten, und somit wären eventuell Selektionseffekte für den besseren Verlauf der Klientele verantwortlich. Es stellt sich weiter die Frage, ob eine "strenge" Regelung bezüglich mehrfachem Konsum von Alkohol beziehungsweise weichen Drogen mit weiteren Merkmalen einer Institution zusammenhängt und somit eine über sich hinausgehende Bedeutung als Indikator für eine bestimmte Orientierung der Therapieeinrichtung darstellt, wie beispielsweise eine höhere Strukturierung der Behandlung oder eine verstärkte Grenzensetzung gegenüber den Klient/innen.

Eine weitere, von Küfner et al. (1995) beschriebene protektive Wirkung, die Einbindung in eine Therapiekette, konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden.

In den meisten Studien konnte oft nur ein geringer bis mittlerer Anteil des Therapieverlaufs durch individuelle Prädiktoren erklärt werden, weshalb man annahm, dass die Institutionsebene einen grösseren Erklärungsanteil aufweisen müsste. Diese Annahme konnte indessen in dieser Studie, mit einem speziell für die Analyse von hierarchischen Zusammenhängen entwickelten Verfahren, *nicht* bestätigt werden. *Aus den Ergebnissen kann insgesamt geschlossen werden, dass die Erklärung für die meiste Varianz des Verlaufs der Arbeitssituation und des Opiat- und/oder Kokainkonsums nicht auf der Institutionsebene, sondern auf der Individuumsebene zu suchen war.* Mit anderen Worten: In der untersuchten Stichprobe waren die unterschiedlichen Verläufe der Klient/innen weitgehend durch die persönlichen Merkmale der Drogenabhängigen selber zu erklären. Deren Identifizierung stellt indessen ebenfalls keine leichte Aufgabe dar: So fanden Dobler-Mikola et al. (2000) in derselben Stichprobe nur wenige signifikante Zusammenhänge, wie zwischen dem Konsum harter Drogen nach Austritt und der Nationalität sowie der Aufenthaltsdauer; die Arbeitssituation nach Austritt war zudem ebenfalls mit der Aufenthaltsdauer assoziiert.

Für die Institutionsebene bedeuten die Ergebnisse, dass unter den Einrichtungen hinsichtlich drei von vier Verlaufsindikatoren (Veränderung Opiat- und/oder Kokainkonsum, Veränderung Arbeitssituation, Arbeitssituation im Kantonesezeitraum) weder *systematisch* "bessere" noch "schlechtere" Verläufe der jeweiligen Klient/innen festzustellen waren. Dies schliesst indessen nicht aus, dass die Klient/innen einer Einrichtung insgesamt günstigere beziehungsweise ungünstigere Verläufe aufwiesen als diejenigen von anderen Einrichtungen. Doch als man alle 23 untersuchten Institutionen zusammen betrachtete, waren die Unterschiede der Verläufe zwischen den Einrichtungen zu gering, um relevant zu sein. Obwohl die Therapiestationen sich bezüglich verschiedener konzeptueller und allgemeiner Merkmale wie der Grösse, dem theoretischen Hintergrund, der Gewichtung von Psychotherapie, dem Umgang mit Alkohol und Nikotin oder dem Klient/innen-Personal-Schlüssel unterschieden, war wenig Einfluss der Institutionsebene auf den Verlauf des Opiat- und/oder Kokainkonsums und der Arbeitssituation festzustellen. Der mögliche Einwand, dass die "falschen" Institutionsmerkmale untersucht wurden, greift ins Leere, weil im ersten Schritt – ohne den Einbezug von Institutionsmerkmalen – geklärt wurde, ob die Institutionsebene überhaupt einen relevanten Anteil des Therapieverlaufs erklärt. Wenn aber kein Erklärungsanteil der Institutionsebene vorhanden ist, erübrigen sich Analysen mit jeglichen weiteren Merkmalen dieser Ebene.

Auf Grund der Ergebnisse kann *keinesfalls* geschlossen werden, dass die Therapie in den einzelnen Institutionen keine Wirkung gehabt habe, da die Institutionsebene wenig Einfluss aufgewiesen habe, und die Klient/innen auch ohne Behandlung dieselben Verläufe aufgewiesen hätten. Um einen solchen Sachverhalt zu prüfen, wäre ein anderes methodisches Design notwendig (Experimentaldesign mit Kontrollgruppen). Mit der in der vorliegenden Studie

angewandten Methode wurde hingegen untersucht, ob die Klient/innen aus den verschiedenen Einrichtungen unterschiedliche Verläufe aufwiesen und durch welche Institutionsmerkmale sich diese gegebenenfalls aufklären liessen.

Anhand der vorliegenden Resultate kann auch nicht geschlossen werden, dass es irrelevant sei, ob ein/eine Klient/in in dieser oder in jener Therapieeinrichtung behandelt wird, weil die Institutionsebene keinen Einfluss auf den Verlauf der Klient/innen habe. Vielmehr sind hier komplexe Selektionseffekte zu vermuten, weil nämlich weder die Klient/innen zufällig zu den einzelnen Therapieeinrichtungen zugewiesen noch die Institutionen zufällig für die Untersuchung ausgewählt wurden. Es fand also keine systematische Zuweisung von Klient/innen zu Therapien statt, sondern die Klient/innen wählten einerseits bis zu einem gewissen Grad die Therapieeinrichtung aus, andererseits entschied sich aber auch die Institution für und gegen die Aufnahme von Klient/innen. Solche Selektionsmechanismen wurden jedoch bei dieser Untersuchung nicht berücksichtigt.

In einer optimistischen Interpretation der komplexen Selektionseffekte könnte man also beispielsweise annehmen, dass die Klient/innen entsprechend ihren Bedürfnissen in die jeweiligen spezialisierten Therapieeinrichtungen gelangen und somit sowohl schwer geschädigte Drogenabhängige als auch die erst kurze Zeit konsumierenden und gut integrierten Klient/innen die jeweils für sie richtige Behandlung erhielten und deshalb die Therapieeinrichtungen ähnliche Erfolge respektive Misserfolge zeitigten. Die umgekehrte, pessimistische Version wäre aber gemäss den Resultaten genauso wahrscheinlich. Weitere mögliche Interpretationen wären die Annahme einer unterschiedlichen Selektion der Einrichtungen oder von gar keinen auftretenden Selektionseffekten. Die Schwierigkeit der Interpretation wird durch folgende Überlegungen weiter verdeutlicht: Geht man beispielsweise davon aus, dass eine unterschiedliche Selektion stattfand und einzelne Einrichtungen eher die Gruppe der "einfacher" zu behandelnden Drogenabhängigen anzogen beziehungsweise annahmen, so müssten sich deren besseren Therapieverläufe in der durchgeführten Analyse anhand eines Erklärungsanteils der Institutionsebene zeigen. Da dies aber nicht zu beobachten war, kann daraus geschlossen werden, dass entweder die Selektion einer "einfacheren" Gruppe nicht stattfand oder dass sie zwar stattfand, diese Gruppe aber nicht die richtige Behandlung erhielt, oder, als letzte Möglichkeit, dass diese Gruppe nur oberflächlich betrachtet leichter zu behandeln war und eigentlich ein schwierig zu behandelndes Klientel darstellte.

Diese Überlegungen zu den Selektionseffekten zeigen auf, dass ohne deren Einbezug jede weitergehende Interpretation der Ergebnisse spekulativ ist.

Die vorliegende Untersuchung wies drei einschränkende methodische Merkmale auf. *Erstens* war die Erreichungsquote mit 59% der stichprobenrelevanten Klient/innen zwar genügend, es konnten jedoch Unterschiede zwischen den be-

fragten und den nicht erreichten Klient/innen festgestellt werden. Den wichtigsten Unterschied in der Stichprobe stellte dabei die Übervertretung von Klient/innen mit regulärem Therapieabschluss und längeren Aufenthaltsdauern dar, was zu Einschränkungen der Repräsentativität der Ergebnisse führen kann. Da die Therapiebeender/innen in früheren Forschungen günstigere Verläufe zeigten als Abbrecher/innen, ist davon auszugehen, dass Klient/innen mit günstigen Verläufen in der vorliegenden Stichprobe übervertreten waren. *Zweitens* waren in der Stichprobe der 24 Institutionen grössere Einrichtungen und Einrichtungen mit einem höheren Quotienten hinsichtlich der Stellenprozente pro Platz übervertreten. Auch dies wies auf eine Beeinträchtigung der Repräsentativität der Resultate hin. *Drittens* war die Stichprobengrösse hinsichtlich ihrer Verwendung für eine hierarchische Analyse eher tief. Die Anzahl der Klient/innen und Institutionen stellte die untere Grenze für eine zuverlässige Schätzung der einzelnen statistischen Kennwerte dar und hatte Auswirkungen auf die Teststärke beziehungsweise die "Power" der Analysen: Grössere Effekte konnten mit dieser Stichprobengrösse zwar gefunden werden, kleinere Effekte aber wurden nicht signifikant und waren somit nicht identifizierbar.

4.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es lassen sich aus dieser Untersuchung vor allem Schlussfolgerungen für die Theorie ziehen. Die Empfehlungen und Schlussfolgerungen für die Praxis stehen eher auf unsicherem empirischen Boden.

Für die *Theorie* kann aus dieser Studie geschlossen werden, dass die Institutionsebene den Verlauf des Opiat- und/oder Kokainkonsums sowie der Arbeitssituation von Klient/innen nach einer privaten, stationären Langzeittherapie in einer therapeutischen Gemeinschaft *wenig* erklären kann. Die Gründe für die unterschiedlichen Verläufe sind daher auf der individuellen Ebene zu suchen. Die in vielen Untersuchungen gefundenen Zusammenhänge zwischen Charakteristika der Klient/innen und dem Therapieverlauf zeigten auch, dass durch diese der Verlauf bis zu einem gewissen Grad prognostiziert werden kann. *Es sind deshalb verstärkte Anstrengungen zu unternehmen, weitere Charakteristika der Klient/innen sowie Wechselwirkungen zwischen Individuum und Institution zu finden, die die individuellen Therapieverläufe erklären können.* Beispielsweise wäre zu prüfen, ob die Längsschnitt-Untersuchung von Merkmalen wie der Therapiemotivation, der Behandlungszufriedenheit oder der Interaktion mit Mitklient/innen und Team weitere Aufschlüsse über den Verlauf von Drogenabhängigen nach einer stationären Therapie ergäbe.

Die Schlussfolgerungen für die *Praxis* stehen auf dünnem empirischen Boden, da nur bei einem von vier Verlaufskriterien ein Einfluss der Institutionsebene festgestellt werden konnte. Dieses Ergebnis besaß eine mittlere Zuverlässigkeit. Schlussfolgerungen scheinen aber vor dem Hintergrund, dass ähnliche Ergebnisse auch von anderen Studien gefunden wurden, möglich. Es bestehen Hinweise, dass die Ausschlusspraxis einen Zusammenhang mit dem Therapieverlauf der Klient/innen aufweist. Wenn der mehrfache Konsum von Alkohol oder von weichen Drogen einen unbedingten Ausschlussgrund darstellte, so zeigten in dieser Untersuchung die Klient/innen einen günstigeren Verlauf nach der Therapie.

Die stationären Therapieeinrichtungen, bei denen mehrfacher Rückfall mit Alkohol und weichen Drogen keinen Ausschlussgrund darstellt, sollten zumindest ihre Praxis überdenken. Die Beibehaltung einer "weichen" Regelung sollte vom Konzept abgeleitet werden können. Diese Empfehlung soll indessen nicht als eine Infragestellung der Arbeit mit Rückfällen betrachtet werden, da es sich bei dem hier untersuchten Merkmal um den *mehrfachen* Konsum handelte.

Für die *zukünftige Forschung* werden drei Themen empfohlen: die Untersuchung von Selektionsprozessen, die Konzentration auf individuelle Bedingungen des Therapieverlaufs und der Vergleich von "erfolgreichen" mit "weniger erfolgreichen" Therapieeinrichtungen.

Eine Untersuchung der *Selektionsprozesse und -effekte* müsste darauf abzielen, systematische Informationen über den Auswahlprozess von bestimmten Klientengruppen zu bestimmten Therapieeinrichtungen zu erhalten. Da sich in dieser Studie gezeigt hat, dass die Institutionsebene nur wenig Anteil an der Erklärung des Verlaufs hatte, sollte untersucht werden, ob die Selektionseffekte zur Interpretation dieses Ergebnisses einen Beitrag leisten. Mit anderen Worten, es soll geprüft werden, ob eine optimale, eine schlechte oder gar keine Selektion stattfindet, um danach weitere Schlüsse hinsichtlich des Einflusses der Institutionsebene auf den Verlauf der Klient/innen zu ziehen. In einem ersten Schritt wäre zu untersuchen, ob sich die Institutionen beispielsweise bezüglich der Belastung der Klient/innen oder hinsichtlich deren Motivation für die Therapie unterscheiden. Falls dies der Fall ist, sollten in einem zweiten Schritt die Gründe für diese Unterschiede identifiziert werden. Handelt es sich um zufällig zustande gekommene Unterschiede, oder entstehen diese auf Grund einer systematischen Zuweisung beziehungsweise Auswahl? In einem dritten Schritt müsste den Gründen nachgegangen werden, warum allfällige Unterschiede zwischen den Institutionen hinsichtlich der Zusammensetzung der Klientele keine Zusammenhänge mit dem Therapieverlauf derselben aufweisen.

Die Forschung sollte bei stationären Langzeitinterventionen im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften versuchen, den Therapieverlauf anhand von weiteren *Charakteristika der Klient/innen* zu erklären, da in dieser Studie gezeigt

werden konnte, dass die Institutionsebene wenig Anteil an der Erklärung des Verlaufs aufwies. Dabei wird vorgeschlagen, weitere individuelle Merkmale wie die Therapiemotivation, die Interaktionen mit Mitklient/innen und Mitarbeiter/innen oder die Therapiezufriedenheit einzubeziehen. Die Beobachtung dieser Aspekte im Prozess der Therapie könnte zu neuen Erkenntnissen führen.

Die Institutionsebene zeigte in der vorliegenden Studie wenig Einfluss auf den Therapieverlauf der Klient/innen. Dennoch unterschieden sich die Einrichtungen beispielsweise hinsichtlich des durchschnittlichen Anteils an Klient/innen, die im Katamnesezeitraum Opiate und/oder Kokain konsumiert hatten. Mit dem Ziel, mehr über die Entstehung dieser Unterschiede zu erfahren, könnten die *"erfolgreichsten"* mit den am *"wenigsten erfolgreichen"* Institutionen verglichen werden, um mögliche Ursachen dafür zu finden und Empfehlungen für die Therapie zu entwickeln.

5. Die Belastung der Mitarbeiter/innen durch die Arbeit (Burnout-Syndrom)

5.1. Forschungsstand

Burnout ist ein komplexes Phänomen, dem vor allem im Bereich der Drogen-suchthilfe Beachtung zu schenken ist. Viele in der Suchttherapie Tätige berichteten im Verlauf ihrer Tätigkeit von zunehmender emotionaler Erschöpfung, von Zweifeln an der eigenen Kompetenz und Unzufriedenheit mit den Behandlungsergebnissen (zum Beispiel Körkel et al., 1995). Im Vergleich der ambulanten mit der stationären Suchtarbeit wird angenommen, dass Mitarbeiter/innen von stationären Institutionen auf Grund der geringeren Rückzugsmöglichkeiten, wegen der unterschiedlichen Teamatmosphäre sowie der intensiveren Klient/in-Therapeut/in-Beziehung besonders gefährdet seien (Rudorf & Körkel, 1995). Burnout-Symptome von Suchttherapeut/innen können sich negativ auf die Qualität der Arbeit auswirken. Eine Burnout-Prophylaxe beziehungsweise -verringering ist deshalb auch im Sinne von Qualitätssicherung notwendig, um eine bestmögliche Behandlung von Klient/innen zu erreichen (Missel & Braukmann, 1995).

Im Folgenden wird zunächst der Begriff "Burnout" definiert und von "Stress" abgegrenzt. Auslösende Bedingungen des Burnout-Syndroms sowie die Häufigkeit von Burnout in der Suchtarbeit bilden die weiteren Schwerpunkte. Zuletzt werden Studien besprochen, die den Burnout in Abhängigkeit von individuellen und kontextuellen Faktoren untersuchten.

In den nächsten Abschnitten wird der *Begriff "Burnout" definiert* und von *"Stress" abgegrenzt*.

"Burnout" wurde vor relativ kurzer Zeit als Fachausdruck eingeführt. Dieser ist als Metapher für einen weiten Bereich von Symptomen und Komplexen zu verstehen. Burnout bezeichnet weniger einen statischen Zustand, als vielmehr einen Prozess, der durch eine Anfangs- und Schlussphase charakterisiert wird. Hübner (1997) unterschied folgende Phasen: Es gebe Warnsymptome in der Frühphase, wie zum Beispiel vermehrtes Engagement für Ziele und ein allgemeines Aufbäumen, das in körperlicher und emotionaler Erschöpfung mündet. Danach zeigten sich mangelnde Motivation und Kreativität, eine Verflachung der Emotionen sowie des sozialen und geistigen Interesses bis hin zum Auftreten

psychosomatischer Symptome in der Endphase. Burnout fasst also all diese Merkmale unter einem Begriff zusammen.

Laut Burisch (1995) ist Burnout vorwiegend durch vier Kernsymptome charakterisiert:

- emotionale, geistige und körperliche Erschöpfung;
- ausgeprägter Überdruß und Widerwille gegenüber der eigenen Arbeit;
- Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung;
- Depersonalisierung oder Dehumanisierung der Adressaten der Hilfeleistung und der Arbeitskolleg/innen durch übersteigerte Distanz, Gleichgültigkeit und Zynismus.

Gemäss Burisch (1995) sollte Burnout als Prozess verstanden werden, der meist mit einem sogenannten Überengagement in der Arbeit beginnt. Als besonders burnout-gefährdet bezeichnete er unter anderem Berufsneulinge im Therapiebereich, die zwischen Anfangserfolgen und Selbstzweifeln schwanken. Burnout ist somit der Prozess zur und der Zustand der inneren Erschöpfung, häufig begleitet von erheblichen Leistungseinbüssen bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und Krankheit.

Nach Missel und Braukmann (1995) stellt das Phänomen des Burnout ein vom Stress abgrenzbares Konstrukt mit eigenen Konturen dar, wenngleich sich auch viele Gemeinsamkeiten und Parallelen abzeichnen würden. Ein herausragendes Merkmal von Burnout sei sein kontextueller Bezug: Bei der Sichtung der einschlägigen Literatur fiel auf, dass das Phänomen des Burnout – im Gegensatz zum Konstrukt des Stresses – ausschliesslich erwerbstätigkeitsbezogen und hier wiederum besonders an helfende Berufe gebunden sei. Missel und Braukmann (1995, 11) führten – mit Bezug auf Maslach und Jackson (1986) – folgende Anzeichen von Burnout an: emotionale Erschöpfung, eine entpersönlichte Haltung gegenüber Klient/innen und eine reduzierte, persönliche Leistungsfähigkeit und -zufriedenheit.

In einer empirischen Untersuchung gelang es Golembiewski, Munzenrider und Carter (1983), drei charakteristische, aufeinanderfolgende Phasen des Burnout zu identifizieren: Die erste Phase war gemäss den Ergebnissen der Autor/innen durch die Depersonalisierung der Klientele gekennzeichnet; in der zweiten Phase zeigte sich eine drastische Reduktion des persönlichen Engagements des/r Betroffenen, und ein ausgesprochener emotionaler Erschöpfungszustand war das herausragende Merkmal der dritten Phase.

Im Folgenden wird auf *auslösende Bedingungen des Burnout* eingegangen.

Nach Burisch (1995) sowie Maslach und Leiter (1997) sind immer personen- und umweltbezogene Auslöser in jeweils spezifischem Zusammenspiel zu berücksichtigen. Mit anderen Worten, Burnout wurde als Wechselbeziehung zwi-

schen individuellen und kontextuellen Merkmalen aufgefasst. Auf der Personen-seite seien es Ansprüche an die eigene Leistungsfähigkeit, der subjektive Stellenwert der Arbeit im eigenen Leben und das Ausmass der Interessenfokussierung auf die Arbeit, welche die Wahrscheinlichkeit für Burnout erhöhen würden. Auf der Umweltseite wären burnout-fördernde Faktoren anzusiedeln wie zum Beispiel der Verlust der Arbeitsstelle ohne eigenes Dazutun, belastende, strukturelle Veränderung am Arbeitsplatz, hohe Anforderungen, mangelnder Teamgeist oder Druck von übergeordneten Systemen wie beispielsweise der Wirtschaftssituation (Burisch, 1995; Maslach & Leiter, 1997).

In den nächsten Abschnitten werden Untersuchungen besprochen, die sich mit der *Häufigkeit des Burnout-Syndroms in der Suchtarbeit* beschäftigen.

Empirische Studien wiesen darauf hin, dass sich ein beträchtlicher Prozentsatz der Suchtmitarbeiter/innen mit Burnout-Erscheinungen konfrontiert sah: Für Körkel (1995) zeigten bislang vorliegende Studien, dass bis zu drei Viertel der Suchtmitarbeiter/innen verzeinkelte Burnout-Symptome aufweisen würden und ungefähr 20% bis 30% unter starken Symptomen litten. Es liessen sich Klienten-, Therapeuten-, Team- und Institutionsmerkmale als burnout-fördernde Entstehungsbedingungen nachweisen. Burnout entsteht nach Körkel (1995, 45) "vermutlich dann, wenn hochgesteckte Therapieziele, Heilungsvorstellungen oder Lebenspläne trotz nicht nachlassender oder sogar gesteigerter Anstrengungen nicht erreicht werden, also wenn die Zielvorstellung des Therapeuten und das Verhalten des Klienten dauerhaft auseinanderklaffen."

Körkel et al. (1995) befragten 163 in der ambulanten oder stationären Suchtarbeit Tätige hinsichtlich ihrer subjektiven Belastung durch Burnout-Symptome. In Bezug auf die drei von Maslach und Jackson (1984) entwickelten Burnout-Subskalen ermittelten die Autor/innen folgende Resultate: In der Subskala der *entpersönlichten Haltung gegenüber Klient/innen* erreichten 18% der Mitarbeiter/innen hohe Werte, 42% fühlten sich in ihrer *persönlichen Leistungsfähigkeit* stark eingeschränkt, und 46% wiesen ebenfalls hohe Werte im Bereich der *emotionalen Erschöpfung* auf. Sie berechneten nach den Vorgaben von Golembiewski et al. (1983) einen Gesamt-Score des Burnout, bestehend aus der Kombination der jeweiligen Hoch-niedrig-Einstufung der drei oben erwähnten Burnout-Subskalen. Je nach individueller Kombination der drei Burnout-Skalen-Werte entstanden acht verschiedene Ausprägungen des Gesamt-Burnout-Score – von Stufe 1 "keine Burnout-Symptome" bis Stufe 8 "sehr starke Belastung durch Burnout". Körkel et al. (1995) ermittelten das Ausmass der Belastung durch Burnout mittels dieses achtstufigen Modells und fanden dabei heraus, dass sich 13% der untersuchten Personen als durch Burnout-Symptome eher oder ziemlich stark belastet fühlten. Weitere 15% der Befragten litten zur Zeit der Befragung sogar unter starken bis sehr starken Burnout-Symptomen.

Auch Glinz' (1993) Ziel war es, Burnout-Merkmale bei Mitarbeiter/innen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Ausprägung zu untersuchen. Von den 200 befragten Personen wiesen 12% eine mittlere Ausprägung in der Dimension der *entpersönlichten Behandlung von Klient/innen* auf, 52% erreichten mittlere Werte in der Skala der *eingeschränkten, persönlichen Leistungsfähigkeit*, und 53% der Mitarbeiter/innen litten unter Symptomen *emotionaler Erschöpfung* von mittlerer Stärke. Nach der Burnout-Stufeneinteilung von Golembiewski et al. (1983) fühlten sich 19% der Befragten eher stark bis sehr stark belastet.

Im Folgenden werden Studien besprochen, in denen der Burnout von Mitarbeiter/innen aus der Suchthilfe in Abhängigkeit von *individuellen und kontextuellen Bedingungen* erforscht wurden.

Ein geschlechtsspezifischer Unterschied hinsichtlich der Belastung von Suchtmitarbeiter/innen durch Burnout wurde in keiner Studie gefunden. In den untersuchten Stichproben, die sowohl aus Mitarbeiter/innen aus dem ambulanten wie auch dem stationären Suchtbereich bestanden (Glinz, 1993; Körkel et al., 1995; Rudolf & Körkel, 1995), sowie in der Stichprobe von ausschliesslich in der stationären Suchthilfe wirkenden Mitarbeiter/innen (Elman & Dowd, 1997) fühlten sich Frauen und Männer in ähnlichem Ausmass durch burnout-spezifische Symptome belastet.

Körkel et al. (1995), Rudolf und Körkel (1995) sowie Elman und Dowd (1997) gingen der Frage nach, ob Suchtmitarbeiter/innen in stationären Einrichtungen eher von Burnout betroffen seien als solche in ambulanten Stellen. Während Körkel et al. (1995) sowie Rudolf und Körkel (1995) auf Grund ihrer Befunde zum Schluss kamen, dass Teammitglieder in stationären Einrichtungen auf belastende Situationen wie zum Beispiel einen Rückfall oder die Therapieunwilligkeit eines Klienten / einer Klientin häufiger mit Burnout reagierten als Suchtmitarbeiter/innen in ambulanten Stellen, konnten Elman und Dowd (1997) keinen solchen Gruppenunterschied feststellen. Laut Körkel et al. (1995) sowie Rudolf und Körkel (1995) wären also Mitarbeiter/innen im Bereich der stationären Suchttherapie – vermutlich auf Grund der unterschiedlichen Rückzugsmöglichkeiten, der unterschiedlichen Teamstruktur sowie der intensiveren Klient/in-Therapeut/in-Beziehung – besonders burnout-gefährdet.

Körkel et al. (1995) untersuchten zudem den Zusammenhang zwischen dem Umfang der durch die Mitarbeiter/innen geleisteten Arbeitszeit und ihrer Belastung durch Burnout-Symptome. Ihre Annahme einer solchen Assoziation konnte indessen nicht bestätigt werden.

Hingegen konnten Körkel et al. (1995) bei den von ihnen befragten Mitarbeiter/innen einen Zusammenhang zwischen der Grösse des Arbeitsteams und den Burnout-Ausprägungen ermitteln. Sowohl in Bezug auf die Burnout-Subskala der *emotionalen Erschöpfung* als auch hinsichtlich der *entpersönlich-*

ten Behandlung von Klient/innen lagen in Teams mit grossen Mitgliederzahlen die Belastungswerte deutlich höher. Die Autor/innen vermuteten, dass mit der Grösse des Teams die Häufigkeit der Konflikte unter den Mitgliedern steigen könnte, dass das entlastende Gespräch unter Kollegen/innen dadurch erschwert würde und dass die Arbeit in einem grossen Team allgemein weniger effektiv gestaltet werden könne.

Die Annahme, dass in der Suchthilfe tätige Mitarbeiter/innen, die an Supervisionen teilnahmen, insgesamt weniger burnout-gefährdet wären als solche, die keine Supervisionen in Anspruch nahmen, konnte weder von Glinz (1993) noch von Körkel et al. (1995) bestätigt werden. Aber Körkel et al. (1995) konnten demonstrieren, dass Mitarbeiter/innen, die Supervision erhielten, eine geringere entpersönlichte Haltung gegenüber den Klient/innen einnahmen, während bei Glinz (1993) hingegen kein solcher Unterschied festzustellen war.

Es wurde von verschiedenen Autor/innen angenommen, dass sich Mitarbeiter/innen im Suchtbereich teilweise von starren Vorstellungen, Überzeugungen und Erwartungen bezüglich des Veränderungsprozesses, des Therapieverlaufs und des Therapieerfolgs leiten lassen würden. Solche "Mythen" könnten die Mitarbeiter/innen unter Erfolgsdruck setzen und würden Misserfolgserlebnisse in der Arbeit begünstigen. Dass solche unrealistische Überzeugungen auch eine burnout-fördernde Wirkung ausüben können, führten Rudorf und Körkel (1995) in ihrer Studie mit 68 im Suchtbereich tätigen Sozialpädagogen/innen aus. Sie untersuchten fünf verschiedene Belastungsbereiche mit möglichem burnout-förderndem Charakter: spezielle Eigenschaften von Suchtpatient/innen, Merkmale der therapeutischen Tätigkeit im Suchtbereich, Stressoren im Organisationsgefüge sowie im Team und unrealistische Überzeugungen über Sucht und Genesung. Mythen, also starre Einstellungen und Überzeugungen über Sucht und Veränderungsprozesse wie beispielsweise, dass es bei einem guten Therapieverlauf nicht zu Rückfällen käme, wiesen das signifikant grösste Belastungspotential auf.

Es war naheliegend anzunehmen, dass Berufsneulige im Suchtbereich auf Grund ihres anfänglichen Enthusiasmus und ihrer idealistischen Berufsvorstellungen eher burnout-gefährdet wären als Mitarbeiter/innen, die schon längere Zeit im Suchtbereich tätig waren und ihre Vorstellungen und Erwartungen den Bedingungen und Gegebenheiten anpassen konnten. Die Annahme, dass mit zunehmender Berufserfahrung die Belastung durch Burnout abnehme, konnte Glinz (1993) jedoch hinsichtlich aller drei von Maslach und Jackson (1984) entwickelten Burnout-Subskalen nicht bestätigen (entpersönlichte Haltung gegenüber der Klientele, eingeschränkte persönliche Leistungsfähigkeit, emotionale Erschöpfung). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Rudorf und Körkel (1995): Die Berufsanfänger/innen fühlten sich durch die oben erwähnten Belastungsfaktoren nicht stärker beansprucht als die berufserfahreneren Mitarbeiter/innen. Hingegen ergaben sich in der Untersuchung von Körkel et al. (1995) bezüglich

der Subskala der *emotionalen Erschöpfung* leicht höhere Burnout-Werte bei Mitarbeiter/innen mit einer Berufserfahrung von einem bis fünf Jahren. Jedoch lagen hinsichtlich der anderen beiden Burnout-Subskalen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Berufsneulingen und Berufserfahrenen vor.

Es zeigte sich, dass die Arbeit in einem Team soziale und fachliche Unterstützung bot, aber auch zu gravierenden Belastungen beitragen konnte. In einer Befragung von 462 Suchtmitarbeiter/innen wurden "Unterstützung im Kollegenkreis" als wichtigste Entlastung und "fehlender Rückhalt im Team" als stärkste Belastung bei der Arbeit angegeben (Fengler, 1991, 101f; zitiert nach Körkel, 1995, 62). Zu analogen Ergebnissen kam Weiland (1992; zitiert nach Körkel, 1995, 62): Unter 15 vorgegebenen Belastungsquellen war der Umstand, dass es im Team Streitigkeiten beziehungsweise Auseinandersetzungen gab, die grösste Belastung; 79% der befragten Suchtmitarbeiter/innen fühlten sich durch diesen Faktor in hohem Ausmass belastet. Auch in Reithingers (1990; zitiert nach Körkel, 1995, 62) Befragung von acht Therapeut/innen eines stationären Langzeittherapiezentrums für Drogenabhängige stellten Streitigkeiten im Team die Belastungsquelle Nummer eins dar. Somit kamen drei unabhängig voneinander durchgeführte Studien zum einheitlichen Ergebnis, dass Störungen der innerbetrieblichen Bedingungen die stärksten Belastungsfaktoren für die Mitarbeiter/innen im Suchthilfebereich darstellten. Dies belegt die herausragende Bedeutung eines gut funktionierenden Teams und der gegenseitigen sozialen Unterstützung der Mitarbeiter/innen als wichtige burnout-präventive Faktoren.

Die Analyse des Einflusses von institutions- und programmspezifischen Merkmalen auf die berufliche Belastetheit von Suchtmitarbeiter/innen würde weitere Aufschlüsse im Hinblick auf die Prophylaxe und Senkung von Burnout-Symptomen von Mitarbeiter/innen stationärer Therapieangebote liefern. Es konnten aber im Rahmen der systematisch erfolgten Literatursuche keine einschlägigen Studien gefunden werden.

Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden: Es zeigte sich in empirischen Studien, dass ein beträchtlicher Anteil der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich mit Burnout-Erscheinungen konfrontiert war (Körkel et al., 1995; Glinz, 1993). Es konnten keine Effekte des Geschlechts und der Arbeitszeit auf den Burnout der Mitarbeiter/innen nachgewiesen werden (Glinz, 1993; Körkel et al., 1995; Rudorf & Körkel, 1995; Elman & Dowd, 1997). Zum allfälligen burnoutprophylaktischen Einfluss von regelmässigen Supervisionen und der Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen wurden widersprüchliche Resultate ermittelt (Körkel et al., 1995; Glinz, 1995). Ebenso widersprüchlich zeigten sich die Ergebnisse hinsichtlich der Frage, ob Suchtmitarbeiter/innen im stationären Bereich stärker durch Burnout gefährdet seien als solche in der ambulanten Suchthilfe (Körkel et al., 1995; Rudorf & Körkel, 1995; Elman & Dowd, 1997). Die Grös-

se des Teams, unrealistische Überzeugungen über Sucht und Veränderungsprozesse sowie belastende Teamstrukturen erwiesen sich hingegen als starke Belastungsfaktoren (Körkel et al., 1995; Rudorf & Körkel, 1995). Studien, die den Einfluss von Institutions- und Programmmerkmalen auf die berufliche Belastetheit von Suchtmitarbeiter/innen systematisch untersuchten, konnten keine gefunden werden.

5.2. Fragestellung

In der vorliegenden Untersuchung wurden folgende Fragestellungen erörtert:

1. Bestand zwischen dem Geschlecht der befragten Mitarbeiter/innen und dem Ausmass ihres "Ausgebranntseins" (Burnout) ein Zusammenhang?

Das Ausmass des "Ausgebranntseins" wurde anhand der vier folgenden Burnout-Skalen untersucht: eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zielerreichung, emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung, entpersönlichte Haltung gegenüber Klient/innen, Gesamt-Score der Belastung durch Burnout.

2. Inwieweit stand das Alter der befragten Mitarbeiter/innen in Zusammenhang mit ihrem Burnout-Gesamt-Score?

3. In welchem Ausmass fühlten sich die befragten Mitarbeiter/innen durch Burnout-Phänomene belastet?

Ja nach individueller Kombination der drei obenerwähnten Burnout-Subskalen liessen sich nach Golembiewski et al. (1983) acht unterschiedliche Burnout-Ausprägungen ermitteln.

4. Liess sich zwischen der Schulbildung der Mitarbeiter/innen und ihrem Burnout-Gesamt-Score ein Zusammenhang nachweisen?

Es wurden diejenigen Mitarbeiter/innen mit und ohne Maturitätsabschluss miteinander verglichen.

5. Nahm die Burnout-Belastung der Mitarbeiter/innen mit zunehmendem Prozentsatz der Anstellung zu?

6. Standen diverse tätigkeitsbezogene Merkmale der Mitarbeiter/innen in Zusammenhang mit dem Ausmass ihrer Belastung durch Burnout?

Die untersuchten tätigkeitsbezogenen Merkmale betreffen den Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (Leitung, Verwaltung und Administration; direkte therapeutische Tätigkeit; Tätigkeit im Arbeits- und Produktionsbereich; Betreuung, Sport und Freizeitgestaltung), die Dauer ihrer Anstellung in der the-

rapeutischen Einrichtung und die Dauer der bisherigen Tätigkeit im Suchtbereich.

7. Zeigte sich ein Effekt subjektiver, arbeitsbezogener Einstellungen und Beurteilungen der Mitarbeiter/innen auf ihre Belastung durch Burnout?

Die subjektiven, arbeitsbezogenen Einstellungen und Beurteilungen der Mitarbeiter/innen betrafen folgende Sachverhalte: interne Attribution von Rückfällen der Klientele; das Leisten von Überstunden; die Überzeugung, von der Klientele gebraucht zu werden; die Möglichkeit, an einer regelmässigen Teamsupervision teilzunehmen; Probleme mit Vorgesetzten; die Abstinenz der Klient/innen als Hauptziel der Arbeit; eine negative Beurteilung von Rückfällen der Klient/innen; das Arbeiten in einem Team mit burnout-fördernden Merkmalen (Konflikte mit Mitarbeiter/innen, schlechter Teamgeist, keine Unterstützung vom Team); Kommunikationsstruktur; Führungsstruktur.

8. Hatte die Institutionsebene gesamthaft einen Einfluss auf die Varianz des Burnout der befragten Mitarbeiter/innen?
9. Falls ja, liess sich ein Zusammenhang zwischen untenstehenden Merkmalen der Therapieeinrichtungen und dem Ausmass des Burnout der Mitarbeiter/innen nachweisen?

Die untersuchten Institutionsmerkmale umfassten die Grundstruktur, die Leitungsorganisation, die Abstinenzorientierung, das Vorhandensein von schriftlichen Regelungen, Aspekte der Therapie, die Auslastung der Einrichtung, die personellen Ressourcen sowie die Raum- und Therapieangebote

5.3. Methodik

5.3.1. Design

Die Mitarbeiter/innen aus 27 abstinenzorientierten stationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige der Deutschschweiz wurden in einem Querschnitt zu ihrer Arbeitssituation und zu ihrem Burnout-Niveau befragt. Die Erhebungen fanden im März 1999 mit einem postalisch nach Hause zugestellten, strukturierten Fragebogen statt. Die Erhebung der Strukturmerkmale der Therapieeinrichtungen fand ebenfalls in einem Querschnitt mit einem postalisch zugestellten Fragebogen statt. Neben Angaben zur Grundstruktur und dem Therapiekonzept wurden auch Informationen über die Mitarbeiter/innen gesammelt.

Zusammenhänge wurden geprüft zwischen der Gesamtskala des Burnout-Syndroms und dem Alter der Mitarbeiter/innen. Unterschiede wurden zwischen

den Frauen und Männern hinsichtlich der Gesamtskala sowie drei Subskalen des Burnout-Syndroms geprüft. Des Weiteren wurde untersucht, mit welchen individuellen Prädiktoren der Gesamt-Burnout erklärt werden konnte. Das Prädiktorenset umfasste demographische Aspekte wie das Geschlecht, das Alter und die Schulbildung; Tätigkeitsmerkmale wie Anzahl Stellenprozente, Funktionsbereich, Anstellungsdauer und Berufserfahrung im Suchtbereich; arbeitsbezogene Einstellungen und Beurteilungen beispielsweise bezüglich der Führungsstruktur oder der Teamatmosphäre. Auf der Institutionsebene sollten folgende Informationen benutzt werden, um zu untersuchen, ob diese in Zusammenhang mit dem Gesamt-Burnout der Mitarbeiter/innen standen: Grundstruktur der Therapieeinrichtungen, Leitungsorganisation, Abstinenzorientierung, Vorhandensein von schriftlichen Regelungen, Merkmale der Therapie, Auslastung der Einrichtung, personelle Ressourcen sowie Raum- und Therapieangebote.

Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass Querschnittserhebungen in der Regel keine Aussagen über kausale Wirkungsbeziehungen erlauben, sondern ausschliesslich Zusammenhänge aufzuzeigen vermögen. Unter gewissen Bedingungen, wenn beispielsweise nur eine Wirkungsrichtung zwischen den untersuchten Variablen als plausibel erscheint, dürfen solche Zusammenhänge indessen mit der nötigen Vorsicht auch als Effekte interpretiert werden.

5.3.2. Stichprobe

Es war beabsichtigt, in einer Vollerhebung alle Mitarbeiter/innen derjenigen 28 Therapieeinrichtungen zu befragen, welche gleichzeitig an der Nachbefragungsstudie des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS teilnahmen (vergleiche dazu Dobler-Mikola et al., 2000). Mit eingeschlossen waren gegebenenfalls Teammitglieder von Aussenwohngruppen und Nachsorgestellen sowie externe Therapeut/innen und Lehrpersonen. Ausgeschlossen waren kurzfristig beschäftigte Praktikant/innen.

Eine Institution sah von einer Teilnahme an der Befragung ab. Insgesamt hätten danach 483 Mitarbeiter/innen befragt werden sollen, wovon sieben ihre Adresse nicht zur Verfügung stellen beziehungsweise nicht teilnehmen wollten (Tabelle 5.1.). 402 Mitarbeiter/innen beziehungsweise 83% nahmen an der Be-

Tabelle 5.1. Stichprobe der Mitarbeiterbefragung

		n	%
Verweigerungen	Adresse nicht zur Verfügung gestellt	7	1.5%
	Fragebogen nicht zurückgesandt	74	15.3%
Teilnehmer/innen	Informationen vorhanden	402	83.2%
Total		483	100.0%

fragung teil. 74 Personen sandten den Fragebogen hingegen nicht zurück, was 15% der Grundgesamtheit entsprach. Die sehr hohe Rücklaufquote ist auf die Motivationsarbeit der Institutionen bei ihren Mitarbeiter/innen, die Verknüpfung der Erhebung mit einer umfassenden Qualitätserhebung bei den stationären Einrichtungen sowie auf die in Aussicht gestellte Rückmeldung der Ergebnisse zurückzuführen.

Gut zwei von fünf Befragten waren Frauen (Tabelle 5.2.). Beinahe 90% der Mitarbeiter/innen waren im stationären Bereich der Therapieeinrichtungen tätig. Während nur sehr wenige in der ambulanten Nachsorge arbeiteten, gaben 74 Mitarbeiter/innen an, dass sie in einem teilstationären Angebot beziehungsweise in einer Aussenwohngruppe der Behandlungseinrichtung beschäftigt waren. Knapp 6% der Befragten waren nicht fest angestellt, sondern arbeiteten in einem Auftragsverhältnis mit der Therapieeinrichtung zusammen. Das durchschnittliche Alter der Mitarbeiter/innen betrug knapp 41 Jahre. Rund jeweils zwei von fünf Befragten waren zwischen 30 und 39 Jahren beziehungsweise zwischen 40 und 49 Jahren alt (Tabelle 5.2.).

Tabelle 5.2. Geschlecht, Alter, Institutionsbereich und Anstellungsmodus der Mitarbeiter/innen

		Anzahl	Prozent
Geschlecht	männlich	234	58.2%
	weiblich	168	41.8%
	Total (md=0)	402	100.0%
Institutionsbereich	stationärer Bereich	345	89.8%
	teilstationär / AWG	74	8.9%
	Nachsorge	5	1.3%
	Total (md=18)	384	100.0%
interne / externe Anstellung	fest angestellt	378	94.3%
	externe/r Mitarbeiter/in	402	5.7%
	Total (md=1)	401	100.0%
Alter in Jahren	20-29 Jahre	21	5.3%
	30-39 Jahre	169	42.3%
	40-49 Jahre	153	38.3%
	50-59 Jahre	51	12.8%
	60 und mehr Jahre	5	1.3%
	Total (md=3)	399	100.0%

md= missing data

Mittelwert des Alters der Befragten 40.7 Jahre, Standardabweichung 7.8 Jahre, Minimum 23 Jahre, Maximum 73 Jahre

Die Informationen zur Struktur konnten bei allen 27, an der Mitarbeitererhebung teilnehmenden Therapieeinrichtungen erhoben werden. Diese wurden für die Beantwortung der Fragen zum Einfluss von Institutions- und Behandlungsmerkmalen auf den Burnout benötigt. Da der Gesamt-Burnout bei 38 Befragten wegen einzelner fehlender Werte nicht berechnet werden konnte, die Institutionsmerkmale bei einer Einrichtung mit weiteren drei Mitarbeiter/innen unvollständig waren und eine Institution nur zwei Mitarbeiter/innen aufwies, mussten diese deshalb aus der hierarchischen Analyse ausgeschlossen werden. Hiermit flossen in die Mehrebenenanalyse schlussendlich die Informationen von 25 Therapieeinrichtungen und 359 Befragten ein.

26 der 27 Institutionen boten stationäre, abstinenzorientierte Behandlungen im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften an. Eine Einrichtung organisierte für ihre Klient/innen einen Platz in einer Familie, sogenannte Familienplatzierungen. Die Zielgruppe bildeten Personen, die von Heroin und/oder Kokain abhängig waren. Vier Einrichtungen nahmen zusätzlich auch Alkoholabhängige auf. Die konzeptuell vorgesehene Therapiedauer der Institutionen variierte von acht bis zu 24 Monaten, mit einem Durchschnitt von 14.2 Monaten. Hinsichtlich der Grösse unterschieden sich die Einrichtungen ebenfalls stark: Zwei wiesen weniger als sechs Betten auf, sechs zwischen sieben und elf Plätzen, zwölf zwischen zwölf und 25 Plätzen und sechs Institutionen verfügten über mehr als 25 Betten; eine Einrichtung machte keine Angaben über die Anzahl Plätze. 20 der 27 Institutionen gaben als wichtigsten theoretischen Bezug sozialtherapeutische Konzepte an. Drei weitere Einrichtungen bezogen sich auf einen milieutherapeutischen Ansatz, zwei auf den sozialpädagogischen und die übrigen zwei auf den psychologischen beziehungsweise den spirituellen Ansatz. 21 der 27 Therapieinstitutionen gaben eine oder mehrere der folgenden psychotherapeutischen Methoden als Schwerpunkt an: tiefenpsychologisch/psychoanalytische, humanistische, verhaltenstherapeutisch/kognitive oder systemisch/familientherapeutische Methoden.

5.3.3. Instrumente und Operationalisierung

Die Erfassung der Burnout-Belastung der im stationären Suchthilfebereich tätigen Mitarbeiter/innen erfolgte mittels des Fragebogens "Mitarbeiter/innen-Befragung (CBM/ZuM/CBE)". Für die Ausarbeitung dieses Fragebogens wurden die "Checkliste Burnout-Merkmale (CBM)" und die "Checkliste Burnout-Entstehung (CBE)" von Körkel et al. (1995) übernommen. Zudem wurde ein "Zusatzbogen Mitarbeiterbefragung (ZuM)" ausgearbeitet (Wettach et al., 1997). Im Folgenden wird die Operationalisierung der Variablen genauer dargelegt.

Erscheinungen des "Ausgebranntseins" (Burnout) sind meist mittel- oder langfristig auftretende, negative Auswirkungen beruflicher Tätigkeit. Diese umfassen Symptome wie Erschöpfungszustände, Hilflosigkeit, Zynismus und in einer späteren Phase psychosomatische Beschwerden. Die Burnout-Dimensionen wurden jeweils mittels statistischer Verfahren aus mehreren Einzelfragen des Bogens gebildet. Sie geben Aufschluss über die Verfassung des Teams. Burnout-Symptome können gemäss Maslach und Jackson (1984) unterteilt werden in: reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit und Zielerreichung, emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung sowie entpersönlichte Haltung gegenüber den Adressaten der Hilfeleistung.

1. Die erstgenannte Burnout-Subskala der *reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit und Zielerreichung* wurde anhand von sechs Fragebogenitems operationalisiert wie beispielsweise: "Ich habe das Gefühl, mich bei meiner Arbeit zu sehr anzustrengen" (siehe Anhang B). Die Befragten beurteilten die einzuschätzenden Aussagen auf einer sechsstufigen Skala von "stimmt überhaupt nicht" (0), "stimmt überwiegend nicht" (1), "stimmt eher nicht" (2), "stimmt eher" (3), "stimmt überwiegend" (4) bis "stimmt vollständig" (5).

Die Fragebogenitems wurden je nachdem, ob sie eine positive oder negative Aussage beinhalteten, zwecks Aggregierung zu einer Subskala umkodiert. Es wurde – für die Analyse allfälliger Zusammenhänge zwischen individuellen und anstellungsbezogenen Merkmalen einerseits und der Burnout-Subskala andererseits – eine intervallskalierte Variable gebildet, indem die einzelnen Antwortwerte der sechs Fragebogenitems aufsummiert wurden. Die durch Summierung der Antwortwerte gebildete Burnout-Subskala der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit und Zielerreichung besass einen Minimalwert von 0 sowie einen Maximalwert von 30 Punkten und wies eine Reliabilität von .640 auf (Cronbachs alpha, n=386).

Für die Darlegung der Häufigkeitsverteilung der Subskala wurde durch die Division der Summe der Items durch die Anzahl der Items ein Mittelwert der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit auf die ursprünglichen Antwortkategorien von 0 bis 5 Punkten zurückgerechnet. Die Zuordnung fand wie folgt statt: Ein Mittelwert von 0 bis .5 ergab den Wert 0 für "kein"; .51 bis 1.5 den Wert 1 für "wenig"; 1.51 bis 2.5 den Wert 2 für "mittelmässig"; 2.51 bis 3.5 den Wert 3 für "überwiegend"; 3.51 bis 4.5 den Wert 4 für "stark"; 4.51 bis 5 den Wert 5 für "sehr stark".

2. In Bezug auf die zweitgenannte Burnout-Subskala der *emotionalen, kognitiven und geistigen Erschöpfung* wurde analog vorgegangen. Die Subskala wurde aus 13 verschiedenen Fragebogenitems gebildet. Eines der erfragten Items, welches das Ausmass der emotionalen, kognitiven und geistigen Er-

schöpfung der Mitarbeiter/innen beleuchtete, war beispielsweise: "Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt" (siehe Anhang B). Alle 13 Aussagen waren auf einer sechsstufigen Skala von (0) "stimmt überhaupt nicht" bis (5) "stimmt vollständig" einzuschätzen. Die aus diesen 13 Items operationalisierte Subskala der emotionalen, kognitiven und geistigen Erschöpfung wies einen möglichen minimalen Wert von 0 und einen maximalen von 65 Punkten auf; die Reliabilität der Subskala erreichte einen hohen Wert von .886 (Cronbachs alpha, $n=376$). Für die Darlegung der Häufigkeitsverteilung der Subskala wurde wie beim obigen Punkt 1 ein Mittelwert auf die ursprünglichen Antwortkategorien von 0 bis 5 zurückgerechnet.

3. Die dritte, in Anlehnung an Maslach und Jackson (1984) gebildete Burnout-Subskala, die *entpersönlichte Haltung gegenüber den Adressaten der Hilfeleistung*, wurde mittels sechs weiterer Fragebogenitems operationalisiert. Eines dieser Items, anhand dessen versucht wurde, den Umfang der entpersönlichten Haltung gegenüber der Klientele auszuloten, war: "Ich habe die Tendenz, die Klient/innen in einer distanzierten, fast mechanischen Art zu behandeln" (siehe Anhang B). Die Subskala erreichte eine mittlere Reliabilität (Cronbachs alpha=.720, $n=395$). Der Minimalwert betrug 0 und der mögliche Maximalwert 30 Punkte. Für die Darlegung der Häufigkeitsverteilung der Subskala wurde wie beim obigen Punkt 1 ein Mittelwert auf die ursprünglichen Antwortkategorien von 0 bis 5 zurückgerechnet.
4. Danach wurde durch Aufsummierung der Antwortwerte der drei erwähnten Subskalen ein *Burnout-Gesamt-Score* berechnet. Diese Skala gab also Auskunft über die für jede/n Mitarbeiter/in bestehende Gesamtbelastung durch Burnout und umfasste Werte von eins bis 125. Deren Reliabilität erreichte den hohen Wert von .911 (Cronbachs alpha, $n=364$). Anzumerken ist, dass die Berechnung der Masszahl Cronbachs alpha – ein Mass für die Zuverlässigkeit einer durch Addition gebildeten Skala – stark auf der Überlegung beruht, dass die Reliabilität der Skala um so besser ist, je stärker die Korrelationen zwischen den einzelnen Items und je grösser die Anzahl der aufsummierten Items (Brosius & Brosius, 1995). Angesichts der hohen Anzahl Items in den drei Subskalen ist die erreichte, hohe Zuverlässigkeit der Burnout-Gesamt-Skala nicht weiter überraschend. Für die Darlegung der Häufigkeitsverteilung der Skala wurde wie beim obigen Punkt 1 ein Mittelwert auf die ursprünglichen Antwortkategorien von 0 bis 5 zurückgerechnet.
5. Zudem wurde eine weitere Variante der Gesamtbelastung jedes einzelnen Mitarbeiters / jeder einzelnen Mitarbeiterin berechnet. Nach Golembiewski et al. (1983) liess sich ein Gesamt-Score des Burnout aus der Kombination der jeweiligen Hoch-niedrig-Einstufungen der drei oben erwähnten Burnout-Subskalen ermitteln. Je nach individueller Kombination der Werte der drei Burnout-Skalen entstanden acht verschiedene Ausprägungen des Gesamt-

Burnout – von (1) "keine Burnout-Symptome" bis (8) "sehr starke Belastung durch Burnout".

Es wurden Informationen über folgende Personen- und Anstellungsmerkmale gewonnen:

6. das Geschlecht der Mitarbeiter/innen (0 für "männlich, 1 für "weiblich"),
7. das Alter der Mitarbeiter/innen (in Jahren),
8. die Schulbildung der Mitarbeiter/innen (0 für "ohne Maturität", 1 für "mit Maturität"),
9. die Stellenprozente der Mitarbeiter/innen.

Die Befragung der Mitarbeiter/innen über ihre *Tätigkeit* betraf folgende Themenbereiche:

10. therapeutische Arbeit als Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (0 für "nein, 1 für "ja"),
11. Betreuung als Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (0 für "nein, 1 für "ja"),
12. Arbeit und Produktion als Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (0 für "nein, 1 für "ja"),
13. Leitung und Verwaltung als Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (0 für "nein, 1 für "ja"),
14. Anstellungsdauer in der aktuellen Einrichtung (in Monaten),
15. Dauer der Tätigkeit im Suchtbereich im Rahmen früherer Anstellungen (in Monaten).

Zur Auslotung der subjektiven, arbeitsbezogenen *Einstellungen und Beurteilungen* der Mitarbeiter/innen lagen folgende Aussagen zur Einschätzung vor. Wo nichts anderes vermerkt ist, beurteilten die Befragten die Aussagen auf einer sechsstufigen Skala von "stimmt überhaupt nicht" (0), "stimmt überwiegend nicht" (1), "stimmt eher nicht" (2), "stimmt eher" (3), "stimmt überwiegend" (4) bis "stimmt vollständig" (5). Teilweise wurden die Fragebogenitems je nachdem, ob sie eine positive oder negative Aussage beinhalteten, – zwecks Aggregation zu einer Dimension – umkodiert.

16. Ich suche die Ursachen für einen Rückfall eines Klienten / einer Klientin auch bei mir selbst.

-
17. Ich arbeite regelmässig über die reguläre Dienstzeit hinaus.
 18. Ich habe das Gefühl, von meinen Klient/innen gebraucht zu werden.
 19. Wir haben regelmässige Teamsupervision (0 für "nein, 1 für "ja")
 20. Ob die Befragten *Probleme mit ihren Vorgesetzten* hatten und falls ja, in welchem Ausmass, wurde anhand von drei verschiedenen Fragebogenitems operationalisiert wie beispielsweise: "Ich meide meine Vorgesetzten" (siehe Anhang B). Durch Aufsummierung der Antwortwerte der drei Fragebogenitems wurde dann eine Gesamtdimension der Probleme mit Vorgesetzten gebildet. Diese besass einen Minimalwert von 0 und einen Maximalwert von 15. Die Reliabilität der Skala erreichte einen Wert von .733 (Cronbachs alpha, n=386).
 21. Das Hauptziel der Arbeit ist die Abstinenz der Klient/innen.
 22. Ein Rückfall ist in der Regel ausschliesslich etwas Negatives.
 23. Ob die Befragten jeweils in einem *Team tätig waren, das burnout-fördernde Merkmale* aufwies, wurde mittels vier verschiedener Fragebogenitems ermittelt. Eines dieser Items war: "In unserem Team gibt es viele Konflikte" (siehe Anhang B). Die aus den vier Fragebogenitems durch Addieren zusammengefasste Skala besass einen minimalen Wert von 0 und einen maximalen Wert von 20. Die Reliabilität der Skala betrug .791 (Cronbachs alpha, n=390).
 24. Ob die Befragten jeweils in einem *Team mit vorteilhaften Kommunikationsstrukturen tätig waren*, wurde mittels fünf verschiedener Fragebogenitems eruiert. Eines dieser Items war beispielsweise die Aussage: "Es ist gut geregelt, wo man welche Informationen holen kann" (siehe Anhang B). Die betreffenden Antwortwerte wurden wiederum zu einer Skala zusammengefasst. Deren Minimalwert lag bei 0, und deren Maximalwert bei 25. Die Skala erreichte eine mittlere Reliabilität (Cronbachs alpha=.771, n=370).
 25. Die Mitarbeiter/innen wurden gefragt, wie sie die *Führungsstruktur* beurteilten. Die Mitarbeiter/innen schätzten zwei diesbezügliche Fragebogenitems ein, wovon eines als Beispiel erwähnt werden soll: "Die formelle und informelle Führungsstruktur stimmen weitgehend überein" (siehe Anhang B). Durch Aufsummierung der beiden Items wurde wiederum eine neue Skala gebildet, deren Zuverlässigkeit auf Grund des ermittelten Cronbachs alpha (.819) sich als hoch erwies. Die Skala umfasste Werte von 0 bis 10 Punkten (n=374).
 26. Auf der Institutionsebene wurden folgende Informationen erhoben: Grundstruktur der Therapieeinrichtung, Leitungsorganisation, Abstinenzorientierung, Vorhandensein von schriftlichen Regelungen, Merkmale der Therapie, Auslastung der Einrichtung, personelle Ressourcen sowie Raum- und The-

rapieangebote. Da diese auf Grund der tiefen Reliabilität der hierarchischen Analyse nicht verwendet werden konnten (siehe Kapitel 5.3.4.), wurde auf eine ausführliche Darstellung der Variablen verzichtet.

5.3.4. Datenerhebung

Die Erhebung der Informationen bei den Mitarbeiter/innen fand mit einem postalisch an die Privatadresse gesandten Fragebogen statt. Dem Schreiben war ein Brief und ein frankiertes Antwortcouvert beigelegt (siehe Anhang B). Der Fragebogen enthielt auf der letzten Seite eine eindeutige Identifikationsnummer, damit nur diejenigen Proband/innen gemahnt wurden, von denen noch keine Antwort eingetroffen war. Den Befragten wurde aber freigestellt, ob sie die letzte Seite abreißen und der Forschungsinstitution mit einer separaten Sendung zustellen wollten, um die Anonymität sicherzustellen. Zudem wurde die Identifikationsnummer nach Eingang des Bogens sofort entfernt und separat verarbeitet, so dass die Befragungsdaten nicht mehr einem/r Mitarbeiter/in einer Therapieeinrichtung zugeordnet werden konnten. Die Antwortfrist betrug eine Woche. Eine Woche nach Ablauf der Frist wurde eine Erinnerung an alle Mitarbeiter/innen, von denen keine Identifikationsnummer eingegangen war, gesandt. Diese wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb von fünf Tagen zu retournieren (siehe Anhang B).

Bei zwei Institutionen wurde das Erhebungsverfahren leicht verändert. Da alle 34 Mitarbeiter/innen einer Einrichtung ihre Adressen nicht zur Verfügung stellen wollten, wurden die frankierten Couvert mit den Fragebogen und dem Brief der Administration der Therapieeinrichtung zugestellt. Diese wiederum versah die Couverts mit den jeweiligen Adressen und sandte sie an die Mitarbeiter/innen. In einer weiteren Einrichtung mussten die Fragebogen den Teammitgliedern von einem Mitarbeiter in das Behandlungszentrum gebracht werden, wobei betont wurde, dass die Bogen selbständig, in einer ruhigen Stunde ausgefüllt werden sollten. Nach ungefähr zwei Wochen wurden die Bogen wieder abgeholt. Es wurde untersucht, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den Mitarbeiter/innen der betreffenden Einrichtungen, bei denen ein verändertes Erhebungsverfahren angewendet wurde, und denjenigen der anderen Behandlungsstellen bestand: Es konnte weder bezüglich der Burnout-Gesamtskala noch bezüglich der Burnout-Subskalen ein solcher Unterschied gefunden werden (T-Test für unabhängige Stichproben).

Die Erhebung der Informationen zur Struktur der Therapieeinrichtungen wurde bereits in Kapitel 3.3. beschrieben. Alle in diese Untersuchung aufgenommenen Institutionen füllten den MIDES im Frühjahr 1998 aus.

5.3.5. Auswertungsmethoden

Die Analyse der Zusammenhänge zwischen individuellen Charakteristika und dem Burnout der Suchtmitarbeiter/innen wurde anhand von multiplen Regressionsverfahren durchgeführt. Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Institutionsmerkmalen und dem Burnout der Mitarbeiter/innen erfolgte anhand von Hierarchisch Linearen Modellen (HLM), oder auch Mehrebenenanalysen genannt. Die Ausführungen zu diesen Analysemethoden wie auch zu den Unterschieds- und Zusammenhangstests sind in Kapitel 2. zu finden.

5.4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel wird zuerst der Frage nachgegangen, ob sich die 402 befragten Frauen und Männer hinsichtlich des Ausmasses ihres "Ausgebranntseins" (Burnout) unterschieden. Der Burnout der Mitarbeiter/innen wird anhand von drei Burnout-Subskalen, anhand eines Burnout-Gesamt-Scores sowie mittels der von Golembiewski et al. (1983) entwickelten Burnout-Kategorisierung dargelegt. Darauf wird aufgezeigt, ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Mitarbeiter/innen und dem Ausmass ihres "Ausgebranntseins" bestand. Des Weiteren wurden mit multiplen Regressionsanalysen ausgewählte Personen- und Anstellungsmerkmale auf ihren möglichen Einfluss auf den Burnout untersucht. Zuletzt erfolgte die Prüfung eines eventuellen Einflusses der Institutionsebene auf den Gesamt-Burnout der Mitarbeiter/innen.

Ob die Mitarbeiter/innen sich zum Zeitpunkt der Befragung "ausgebrannt" fühlten und, falls ja, in welchem Ausmass, wurde anhand der vier folgenden, bereits erwähnten Dimensionen untersucht:

1. eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zielerreichung,
2. emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung,
3. entpersönlichte Haltung gegenüber Klient/innen,
4. Gesamt-Score der drei obigen Burnout-Dimensionen.

Anhand der aus sechs Fragebogen-Items gebildeten, erstgenannten Dimension kann dargelegt werden, inwieweit sich die untersuchten Mitarbeiter/innen in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und Zielerreichung zum Zeitpunkt der Befragung eingeschränkt fühlten (Tabelle 5.3.). Die Skala reichte von minimal 0 bis maximal 30 möglichen Punkten, dargestellt werden indessen die auf die sechs Antwortkategorien zurückgerechneten Werte (siehe Kapitel 5.3.3.).

Tabelle 5.3. Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Zielerreichung der Mitarbeiter/innen

Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Zielerreichung	Männer		Frauen		Total	
	n	%	n	%	n	%
kein	27	11.9%	23	14.6%	50	13.0%
wenig	131	58.0%	79	50.0%	210	54.7%
mittelmässig	65	28.8%	53	33.5%	118	30.7%
überwiegend	2	.9%	3	1.9%	5	1.3%
stark	1	.4%	-	-	1	.3%
sehr stark	-	-	-	-	-	-
Total	226	100.0%	158	100.0%	384	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=384; missing data=18

Mittelwert gesamt 7.9, Standardabweichung gesamt 3.8, Minimum gesamt 0, Maximum gesamt 25.0

T-Test zur Prüfung eines Geschlechtsunterschiedes: T-Wert -.83, df 382, Mittelwert Männer 7.7, Mittelwert Frauen 8.0, Standardabweichung Männer 3.8, Standardabweichung Frauen 3.6, nicht signifikant

Mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeiter/innen fühlte sich hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und Zielerreichung nur wenig eingeschränkt (55%; Tabelle 5.3.). Ein Drittel berichtete aber über eine immerhin "mittelmässige" Einschränkung ihrer Leistung und Zielerreichung. 58% der Männer und 50% der Frauen fühlten sich in ihrer Arbeit bezüglich Leistungsfähigkeit und Zielerreichung wenig eingeschränkt. Weitere 29% der Männer beziehungsweise 34% der Frauen fühlten sich mässig eingeschränkt. Und ungefähr 2% der Männer und Frauen erlebten sich in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit und Zielerreichung als überwiegend oder stark eingeschränkt. Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich dieser Burnout-Dimension (T-Test).

Anhand der aus zwölf Fragebogen-Items gebildeten, zweiten Burnout-Dimension kann aufgezeigt werden, inwieweit die untersuchten Mitarbeiter/innen zum Zeitpunkt der Befragung an emotionaler, kognitiver und geistiger Erschöpfung litten (Tabelle 5.4.). Der Bereich der Skala reichte von 0 bis 65 möglichen Punkten, es wurden wiederum die auf die sechs Antwortkategorien zurückgerechneten Werte dargestellt (siehe Kapitel 5.3.3.).

Beinahe die Hälfte der Mitarbeiter/innen fühlte sich zur Zeit der Befragung emotional, kognitiv und geistig nur wenig erschöpft (46%; Tabelle 5.4.). Doch immerhin mehr als ein Drittel der Befragten litt zu dieser Zeit unter einer mittelmässigen emotionalen, kognitiven und geistigen Erschöpfung. 54% der befragten Mitarbeiter beziehungsweise 60% der befragten Mitarbeiterinnen fühlten sich emotional, kognitiv und geistig gar nicht oder wenig erschöpft. Jeweils ein gutes Drittel der Männer und Frauen meinte, sie würden sich mässig erschöpft fühlen.

Tabelle 5.4. Emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung der Mitarbeiter/innen

Emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung	Männer		Frauen		Total	
	n	%	n	%	n	%
kein	28	12.5%	12	7.8%	40	10.6%
wenig	93	41.7%	80	52.3%	173	46.0%
mittelmässig	78	35.0%	52	34.0%	130	34.6%
überwiegend	20	9.0%	7	4.6%	27	7.2%
stark	4	1.8%	2	1.3%	6	1.6%
sehr stark	-	-	-	-	-	-
Total	223	100.0%	153	100.0%	376	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=376; missing data=26

Mittelwert gesamt 18.5, Standardabweichung gesamt 10.1, Minimum gesamt 0, Maximum gesamt 57.0

T-Test zur Prüfung eines Geschlechtsunterschiedes: T-Wert .80, df 374, Mittelwert Männer 18.8, Mittelwert Frauen 17.9, Standardabweichung Männer 10.6, Standardabweichung Frauen 9.1, nicht signifikant

Über 10% der Männer und beinahe 7% der Frauen schätzten ihre emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung als überwiegend oder stark ein (Tabelle 5.4.). Es bestand kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer emotionalen, kognitiven und geistigen Erschöpfung.

Bezüglich der dritten Burnout-Dimension, der entpersönlichten Behandlung der Klient/innen, die auf Grund von sechs verschiedenen Fragebogen-Items berechnet wurde, ergab sich folgendes Bild (Tabelle 5.5.). Die Skala reichte von 0 bis 30 möglichen Punkten, dargestellt wurden die auf die sechs Antwortkategorien zurückgerechneten Werte (Kapitel 5.3.3.).

Über 90% der Mitarbeiter/innen wiesen zum Zeitpunkt der Befragung keine oder nur geringe Anzeichen einer entpersönlichten Haltung gegenüber ihren Kli-

Tabelle 5.5. Entpersönlichte Behandlung von Klient/innen durch die Mitarbeiter/innen

Entpersönlichte Behandlung von Klient/innen	Männer		Frauen		Total	
	n	%	n	%	n	%
kein	101	44.1%	105	63.3%	206	52.1%
wenig	109	47.6%	54	32.5%	163	41.3%
mittelmässig	17	7.4%	6	3.6%	23	5.8%
überwiegend	2	.9%	1	.6%	3	.8%
stark	-	-	-	-	-	-
sehr stark	-	-	-	-	-	-
Total	229	100.0%	166	100.0%	395	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=395; missing data=7

Mittelwert gesamt 3.9, Standardabweichung gesamt 3.3, Minimum gesamt 0, Maximum gesamt 17.0

T-Test zur Prüfung eines Geschlechtsunterschiedes: T-Wert 2.96, df 381, Mittelwert Männer 4.3, Mittelwert Frauen 3.3, Standardabweichung Männer 3.4, Standardabweichung Frauen 2.9, $p \leq .01$

ent/innen auf (Tabelle 5.5.). 63% der befragten Mitarbeiterinnen gegenüber 44% der befragten Mitarbeiter hatten ihrer Meinung nach zur Zeit der Befragung keine entpersönlichte Haltung gegenüber den von ihnen betreuten Klient/innen. 55% der Männer und 36% der Frauen zeigten gegenüber den Adressaten der Hilfeleistungen eine wenig oder mittelmässig entpersönlichte Haltung. Der in Tabelle 5.5. dargelegten Häufigkeitsverteilung entsprechend ergab der T-Test zur Prüfung eines allfälligen Geschlechtsunterschiedes folgendes Ergebnis: Die untersuchten Mitarbeiterinnen wiesen eine signifikant geringere entpersönlichte Haltung gegenüber den von ihnen betreuten Klient/innen auf als die Mitarbeiter ($p \leq .01$).

Hinsichtlich der Frage, ob sich die untersuchten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Bezug auf den Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" unterschieden, kann Folgendes festgehalten werden (Tabelle 5.6.). Die Werte der Skala konnten eins bis 125 Punkte erreichen, dargestellt wurden indessen die auf die sechs Antwortkategorien zurückgerechneten Werte (siehe Kapitel 5.3.3.).

Tabelle 5.6. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) der Mitarbeiter/innen

Gefühl des "Ausgebranntseins": Gesamt-Score	Männer		Frauen		Total	
	n	%	n	%	n	%
kein	33	15.3%	18	12.1%	51	14.0%
wenig	123	57.2%	101	67.8%	224	61.5%
mittelmässig	55	25.6%	28	18.8%	83	22.8%
überwiegend	3	1.4%	2	1.3%	5	1.4%
stark	1	.5%	-	-	1	.3%
sehr stark	-	-	-	-	-	-
Total	215	100.0%	149	100.0%	364	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=364; missing data=38

Mittelwert gesamt 30.2, Standardabweichung gesamt 15.3, Minimum gesamt 1, Maximum gesamt 99.0

T-Test zur Prüfung eines Geschlechtsunterschiedes: T-Wert .98, df 349, Mittelwert Männer 30.8, Mittelwert Frauen 29.3, Standardabweichung Männer 16.3, Standardabweichung Frauen 13.7, nicht signifikant

Insgesamt wiesen zum Zeitpunkt der Befragung über drei Viertel der Mitarbeiter/innen keinen oder nur einen geringen Burnout auf (Tabelle 5.6.). 15% der untersuchten Männer und 12% der befragten Frauen zeigten keine Symptome des "Ausgebranntseins", und mehr als die Hälfte der Männer (57%) und Frauen (68%) zeigten wenig Symptome. Weitere 26% der Männer und 19% der Frauen wiesen einen mittelmässigen Burnout-Gesamt-Score auf. Gemäss dem berechneten T-Test bestand kein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zwischen Männern und Frauen in Bezug auf den Gesamt-Score ihres "Ausgebranntseins".

Ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter der befragten Mitarbeiter/innen und dem Ausmass ihres Burnout-Gesamt-Score bestand, wurde in Tabelle 5.7. dargestellt. In allen Altersgruppen fühlte sich die Mehrheit der Mitarbeiter/innen zur Zeit der Befragung wenig "ausgebrannt" (67% der 20-29-Jährigen, 54% der 30-39-Jährigen, 66% der 40-49-Jährigen, 74% der 50-59-Jährigen; Tabelle 5.7.). Ein geringer negativer Zusammenhang zwischen dem Alter der untersuchten Personen und dem Ausmass ihrer Belastung (Burnout-Gesamt-Score) konnte ermittelt werden ($r = -.129$, $p \leq .05$). Je älter die untersuchten Mitarbeiter/innen waren, desto geringer fiel die Belastung durch Burnout aus. Das Alter der Mitarbeiter/innen übte somit eine leichte burnout-präventive Wirkung aus.

Tabelle 5.7. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters der Mitarbeiter/innen

Gefühl des "Ausgebranntseins"	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre		60 Jahre u. älter	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kein	2	11.1%	20	12.8%	18	13.4%	8	16.0%	2	50.0%
wenig	12	66.7%	84	53.8%	89	66.4%	37	74.0%	1	25.0%
mittelmässig	4	22.2%	49	31.4%	24	17.9%	5	10.0%	1	25.0%
überwiegend	-	-	2	1.3%	3	2.2%	-	-	-	-
stark	-	-	1	.6%	-	-	-	-	-	-
sehr stark	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	18	100.0%	156	99.9%	134	99.9%	50	100.0%	4	100.0%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=362$; missing data=40

Pearsons Korrelationskoeffizient $r = -.129$, $p \leq .05$

Weiter liess sich gemäss Golembiewski et al. (1983) das individuelle Ausmass des "Ausgebranntseins" aus der Kombination der jeweiligen Hoch-niedrig-Einstufungen der drei erwähnten Burnout-Dimensionen berechnen (entpersönlichte Haltung gegenüber Klient/innen; eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zielerreichung; emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung). Je nach individueller Kombination der drei Burnout-Scores liessen sich acht, mit unterschiedlichem Burnout belastete Gruppen bilden, die in der vorliegenden Untersuchungen wie folgt besetzt waren (Tabelle 5.8.).

90% der Mitarbeiter/innen wiesen zur Zeit der Befragung keine Burnout-Symptome gemäss der Kategorisierung von Golembiewski et al. (1983) auf (Tabelle 5.8.). Dagegen hatte jede/r Zwölfte mit Erscheinungen des Ausgebranntseins ausgesprochene Probleme: 7% fühlten sich ziemlich stark ausgebrannt, 1% stark ausgebrannt, und eine Person verzeichnete sehr hohe Burnout-Werte.

Tabelle 5.8. *Burnout-Ausprägung, unterschieden nach den acht Stufen von Golembiewski et al. (1983)*

	Burnout-Kategorien							
	kein Burnout	sehr schwach	schwach	mittel	eher stark	ziemlich stark	stark	sehr stark
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1. entpersönlichte Haltung gegenüber Klient/innen	N	H	N	H	N	H	N	H
2. eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Zielerreichung	N	N	H	H	N	N	H	H
3. emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung	N	N	N	N	H	H	H	H
N	329	2	1	-	27	-	4	1
%	90%	.5%	.3%	-	7%	-	1%	.3%

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen n=364; missing data=38

N = niedrige Ausprägung (Skalenstufen 0-2), H = hohe Ausprägung (Skalenstufen 3-5)

In einem nächsten Schritt der Datenanalyse wurde untersucht, ob ausgewählte Personen- und Anstellungsmerkmale in Zusammenhang mit dem jeweiligen Burnout-Gesamt-Score der Mitarbeiter/innen standen. Zu diesem Zweck wurden multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Folgende Personen- und Arbeitsstellenmerkmale wurden als unabhängige Variablen in einzelne Regressionsmodelle eingeführt.

- *Demographische Merkmale:* Geschlecht, Alter der Mitarbeiter/innen.
- Schulbildung.
- *Tätigkeitsmerkmale:* Stellenprozente.
- Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (therapeutische Arbeit, Betreuung, Arbeits- und Produktionsbereich, Leitung und Verwaltung), Anstellungsdauer in der aktuellen Einrichtung, Dauer der Tätigkeit im Suchtbereich im Rahmen früherer Anstellungen.
- *Subjektive, arbeitsbezogene Einstellungen und Beurteilungen der Mitarbeiter/innen:* interne Attribution von Rückfällen der Klientele; das Leisten von Überstunden; die Überzeugung, von der Klientele gebraucht zu werden; die Möglichkeit, an einer regelmässigen Teamsupervision teilzunehmen; Probleme mit Vorgesetzten; die Abstinenz der Klient/innen als Hauptziel der Arbeit; eine negative Beurteilung von Rückfällen der Klient/innen; das Arbeiten in einem Team mit burnout-fördernden Merkmalen; Kommunikationsstruktur; Führungsstruktur.

In einem ersten Teilmodell wurde geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter beziehungsweise dem Geschlecht der befragten Mitarbeiter/innen einerseits und dem Ausmass ihres "Ausgebranntseins" andererseits bestand (Tabelle 5.9.).

Tabelle 5.9. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 1)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standardisierter Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-2.04	-.07	n.s.
Alter (Jahre)	-.26	-.14	$p \leq .01$

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=362$; missing data=40

Multiple lineare Regression (enter): $R^2 .02$, F-Wert 3.85, $p \leq .05$

n.s. = nicht signifikant

Im obigen Teilmodell zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Mitarbeiter/innen und dem Ausmass ihres Burnouts (Tabelle 5.9.). Auf Grund der Kodierung der Altersvariable und des negativen Vorzeichens des Beta-Koeffizienten war das Ergebnis dahingehend zu interpretieren, dass die Gefahr des "Ausgebranntseins" für die jüngeren signifikant höher war als für die älteren Mitarbeiter/innen ($p \leq .01$). Mit jedem zusätzlichen Altersjahr nahm der Gesamt-Burnout um .26 Punkte ab. Zwischen dem Geschlecht der Mitarbeiter/innen und dem Gesamt-Score war hingegen kein statistisch relevanter Zusammenhang nachzuweisen. Die beiden in das Modell eingeführten Variablen erklären jedoch nur 2% ($R^2 .02$) der Varianz des Burnout-Gesamt-Scores.

Im folgenden, zweiten Teilmodell wurde neben den oben geprüften Variablen "Geschlecht" und "Alter" ein allfälliger Zusammenhang zwischen der Schulbildung der Mitarbeiter/innen und ihrem Burnout-Gesamt-Score untersucht (Tabelle 5.10.). Es wurden diejenigen Mitarbeiter/innen mit und ohne Maturitätsabschluss miteinander verglichen.

Die Befragten mit und ohne Maturitätsabschluss unterschieden sich bezüglich ihres Burnout-Gesamt-Score statistisch nicht signifikant (Tabelle 5.10.). Im obigen Modell hing das Ausmass des Burnout der Mitarbeiter/innen indessen wiederum von ihrem Alter ab; die jüngeren wiesen signifikant höhere Werte auf

Tabelle 5.10. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und der Schulbildung der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 2)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standardisierter Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-1.92	-.06	n.s.
Alter (Jahre)	-.29	-.15	$p \leq .01$
Schulbildung (0 für "ohne Maturität", 1 für "mit Maturität")	2.12	.07	n.s.

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=361$; missing data=41

Multiple lineare Regression (enter): $R^2 .02$, F-Wert 3.14, $p \leq .05$

n.s. = nicht signifikant

als die älteren Teammitglieder ($p \leq .01$). Die drei in das Modell eingeführten Variablen erklären lediglich 2% ($R^2 .02$) der Varianz der Burnout-Gesamt-Score.

Im vorliegenden, dritten Teilmodell der multiplen Regression wurde neben dem Geschlecht und dem Alter der Mitarbeiter/innen ein allfälliger Zusammenhang zwischen deren Stellenprozenten und der Burnout-Gesamtdimension geprüft (Tabelle 5.11.).

Tabelle 5.11. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und der Stellenprozente der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 3)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standardisierter Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-1.06	-.03	n.s.
Alter (Jahre)	-.26	-.13	$p \leq .05$
Stellenprozente	.09	.16	$p \leq .01$

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=352$; missing data=50

Multiple lineare Regression (enter): $R^2 .04$, F-Wert 5.42, $p \leq .01$

n.s. = nicht signifikant

In Tabelle 5.11. ist ersichtlich, dass das Ausmass des "Ausgebranntseins" vom Anstellungsgrad der Mitarbeiter/innen abhing ($p \leq .01$). Mit jedem zusätzlichen Stellenprozent nahm der Gesamt-Burnout um .09 Punkte zu. Weiter zeigte sich wiederum ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und ihrem Burnout-Gesamt-Score ($p \leq .05$). Das Modell erklärt 4% ($R^2 .04$) der Varianz des Burnout der Mitarbeiter/innen.

Im nächsten Modell wurden weitere Faktoren untersucht, die möglicherweise einen Einfluss auf den Burnout der Teammitglieder ausüben könnten. Diese Faktoren betrafen den Funktionsbereich der Mitarbeiter/innen (Leitung, Verwaltung und Administration; therapeutische Tätigkeit; Tätigkeit im Arbeits- und Produktionsbereich; Betreuung und Freizeitgestaltung), die Dauer ihrer Anstellung in der zur Zeit der Befragung arbeitgebenden therapeutischen Einrichtung und die Dauer der Beschäftigung im Suchtbereich im Rahmen früherer Anstellungen. Wie bis anhin wurden aber auch die beiden Variablen "Geschlecht" und "Alter" der Mitarbeiter/innen in das Modell eingeführt.

Das in Tabelle 5.12. dargelegte Regressionsmodell erklärte 6% der Streuung der abhängigen Variable des Burnout-Gesamt-Score ($R^2 .06$). Dieser wurde von drei der in das Modell eingeführten unabhängigen Variablen statistisch signifikant beeinflusst. Einerseits zeigte sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und ihrem Burnout-Gesamt-Score ($p \leq .05$). Andererseits wiesen diejenigen Mitarbeiter/innen, die in den Bereichen

Betreuung, Freizeit oder Sport tätig waren, signifikant höhere Burnout-Werte auf als diejenigen, die in den anderen Bereichen arbeiteten wie Leitung, Verwaltung oder Administration, direkte therapeutische Arbeit oder Arbeits- und Produktionsbereich ($p \leq .05$). Zwischen der Dauer der Tätigkeit im Suchtbereich im Rahmen früherer Anstellungen und der Belastung durch Burnout-Symptome wurde ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang ermittelt: Je länger die Dauer der Tätigkeit der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich, desto grösser die Gefahr des "Ausgebranntseins" ($p \leq .05$).

Tabelle 5.12. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und diverser Tätigkeitsmerkmale der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 4)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standard. Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-1.79	-.06	n.s.
Alter (Jahre)	-.31	-.16	$p \leq .05$
in der Leitung, Verwaltung, Administration tätig (0 für "nein", 1 für "ja")	2.10	.06	n.s.
in der eigentlichen therapeutischen Arbeit tätig (0 für "nein", 1 für "ja")	3.49	.10	n.s.
im Arbeitsbereich und in der Produktion tätig (0 für "nein", 1 für "ja")	2.49	.06	n.s.
in der Betreuung, Freizeitgestaltung tätig (0 für "nein", 1 für "ja")	8.07	.19	$p \leq .05$
Anstellungsdauer in der aktuellen therapeutischen Einrichtung (in Monaten)	.01	.03	n.s.
Dauer der gesamten bisherigen Tätigkeit im Suchtbereich vor der aktuellen Anstellung (in Monaten)	.04	.13	$p \leq .05$

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=356$; missing data=46

Multiple lineare Regression (enter): $R^2 .06$, F-Wert 2.70, $p \leq .01$

n.s. = nicht signifikant

In einem nächsten Schritt der Datenanalyse wurde ein Teilmodell aufgestellt, in dem ein allfälliger Einfluss subjektiver, arbeitsbezogener Einstellungen und Beurteilungen auf den Burnout der Mitarbeiter/innen untersucht wurde (Tabelle 5.13.). Diese betrafen folgende Sachverhalte: interne Attribution von Rückfällen der Klientele; das Leisten von Überstunden; die Überzeugung, von der Klientele gebraucht zu werden; die Möglichkeit, an einer regelmässigen Teamsupervision teilzunehmen; Probleme mit Vorgesetzten; die Abstinenz der Klient/innen als Hauptziel der Arbeit; eine negative Beurteilung von Rückfällen der Klient/innen; das Arbeiten in einem Team mit burnout-fördernden Merkmalen (Konflikte mit Mitarbeiter/innen, keine Unterstützung vom Team); Kommunikationsstruktur; Führungsstruktur.

Der Tabelle 5.13. ist zu entnehmen, dass das "Ausgebranntsein" stark vom Ausmass der von den Mitarbeiter/innen geleisteten Überstunden abhängig war ($p \leq .001$). Ebenso zeigte sich, dass der Burnout-Gesamt-Score der Befragten statistisch signifikant von ihrer subjektiv erlebten Belastung durch Konflikte mit den

Tabelle 5.13. Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und diverser arbeitsbezogener Einstellungen und Beurteilungen der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 5)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standard. Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-1.83	-.06	n.s.
Alter (Jahre)	-.28	-.14	$p \leq .01$
bei Rückfällen der Klient/innen interne Attribution (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	1.16	.09	n.s.
das Leisten von Überstunden (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	2.24	.20	$p \leq .001$
das Gefühl, von den Klient/innen gebraucht zu werden (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	-1.00	-.07	n.s.
regelmässige Teamsupervision (2-stufig: 0 für "nein", 1 für "ja")	1.77	.05	n.s.
Ausmass der Probleme mit den Vorgesetzten (16-stufig: 0 "wenig" bis 15 "viel")	1.28	.23	$p \leq .01$
Abstinenz der Klient/innen als Hauptziel der Arbeit (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	-.34	-.03	n.s.
negative Beurteilung von Rückfällen der Klient/innen (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	2.01	.15	$p \leq .01$
Ausmass burnout-fördernder Teammerkmale (21-stufig: 0 "nicht vorhanden" bis 20 "gross")	.89	.17	$p \leq .01$
Kommunikationsstrukturen im Arbeitsteam (26-stufig: 0 "schlecht" bis 25 "sehr gut")	-.19	-.05	n.s.
Führungsstrukturen im Arbeitsteam (11-stufig: 0 "schlecht" bis 10 "sehr gut")	-.29	-.04	n.s.

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=305$; missing data=97

Multiple lineare Regression (enter): $R^2 .31$, F-Wert 11.42, $p \leq .001$

n.s. = nicht signifikant

Vorgesetzten abhing ($p \leq .01$; Tabelle 5.13.). Weiter hatten Mitarbeiter/innen, welche die Rückfälle ihrer Klient/innen ausschliesslich als Misserfolge bewerteten, eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Burnout, als diejenigen, die einen Rückfall eines Klienten oder einer Klientin auch als Chance für eine Weiterentwicklung in einem langwierigen, therapeutischen Prozess auslegen konnten ($p \leq .01$). Und Mitarbeiter/innen, die in einem Team mit burnout-fördernden Merkmalen arbeiteten, wiesen zur Zeit der Befragung statistisch signifikant höhere Burnout-Gesamt-Werte auf als diejenigen Mitarbeiter/innen, die in Teams mit wenig burnout-fördernden Merkmalen tätig waren ($p \leq .01$). Schliesslich zeigte sich wiederum ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und ihrem Burnout-Gesamt-Score ($p \leq .01$). Die in das Modell eingeführten Prädiktoren erklären einen substantiellen Anteil der Varianz der Belastung der Mitarbeiter/innen (31%; $R^2 .31$).

In einem letzten Schritt wurden diejenigen, in den obigen Teilmodellen geprüften Prädiktoren, die einen signifikanten Einfluss auf das Ausmass des Burnout der

Mitarbeiter/innen zeitigten, in ein Schlussmodell eingeführt. Das in Tabelle 5.14. dargelegte Modell vermochte einen substantiellen Teil der Varianz der abhängigen Variable, also des Burnout der Mitarbeiter/innen, zu erklären (33%; R^2 .33). Die geprüften Grössen konnten deshalb als bedeutsame Einflussfaktoren auf die Entstehung von Burnout ausgelegt werden.

Gemäss dem Schlussmodell waren folgende signifikante beziehungsweise hoch signifikante Zusammenhänge festzustellen: Die Gefahr des "Ausgebranntheits" war für die jüngeren höher als für die älteren Mitarbeiter/innen ($p \leq .001$; Tabelle 5.14.). Je länger die Mitarbeiter/innen bereits im Rahmen früherer Anstellungen im Suchtbereich gearbeitet hatten, desto grösser war für sie die Belastung durch Burnout ($p \leq .001$). Weiter war das Ausmass des Burnout der Mitarbeiter/innen erheblich von der von ihnen angegebenen Häufigkeit von Überstunden abhängig ($p \leq .001$). Ebenso zeigte sich, dass der Burnout-Gesamt-Score eines Teammitgliedes statistisch hoch signifikant vom Umstand beeinflusst war, ob Probleme mit Vorgesetzten bestanden ($p \leq .001$). Im obigen Schlussmodell bestand gemäss dem standardisiertem Beta-Koeffizienten (.30) zwischen dieser unabhängigen Variable und dem Burnout-Gesamt-Score der grösste Zusammenhang. Mitarbeiter/innen, welche die Rückfälle ihrer Klient/innen ausschliesslich als negativ bewerteten, hatten eine grössere Wahrscheinlichkeit von

Tabelle 5.14. Gesamt-Score des "Ausgebranntheits" (Burnout) in Abhängigkeit diverser personen- und arbeitsbezogener Grössen (Schlussmodell)

unabhängige Variablen:	Beta-Koeffizient	standard. Beta-Koeffizient	Signifikanz T-Wert
Geschlecht (0 für "männlich", 1 für "weiblich")	-.79	-.03	n.s.
Alter (Jahre)	-.37	-.19	$p \leq .001$
Stellenprozente	.05	.07	n.s.
in der Betreuung, Freizeitgestaltung tätig (0 für "nein", 1 für "ja")	3.09	.07	n.s.
Dauer der gesamten bisherigen Tätigkeit im Suchtbereich vor der aktuellen Anstellung (in Monaten)	.06	.18	$p \leq .001$
das Leisten von Überstunden (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	1.98	.18	$p \leq .001$
Ausmass der Probleme mit den Vorgesetzten (16-stufig: 0 "wenig" bis 15 "viel")	1.60	.30	$p \leq .001$
negative Beurteilung von Rückfällen der Klient/innen (6-stufig: von 0 "stimmt überhaupt nicht" bis 5 "stimmt vollständig")	2.36	.18	$p \leq .001$
Ausmass burnout-fördernder Teammerkmale (21-stufig: 0 "nicht vorhanden" bis 20 "gross")	.93	.17	$p \leq .01$

Anzahl untersuchter Mitarbeiter/innen $n=324$; missing data=78

Multiple lineare Regression (enter): R^2 .33, F-Wert 16.87, $p \leq .001$

n.s. = nicht signifikant

hohen Burnout-Werten als diejenigen, die einem Rückfall eines Klienten / einer Klientin auch positive Aspekte wie die Möglichkeit der konkreten Bearbeitung der Suchtproblematik abgewinnen konnten ($p \leq .001$; Tabelle 5.14.). Schliesslich wiesen Mitarbeiter/innen, die in einem Team mit burnout-fördernden Merkmalen arbeiteten (Konflikte unter Mitarbeiter/innen, keine gegenseitig Unterstützung im Team), zur Zeit der Befragung statistisch signifikant höhere Burnout-Gesamt-Werte auf als diejenigen Mitarbeiter/innen, die in Teams mit weniger burnout-fördernden Merkmalen tätig waren ($p \leq .01$).

Nach der oben dargelegten Prüfung von allfälligen *personen- und anstellungsbezogenen* Einflussfaktoren auf den Burnout der untersuchten Mitarbeiter/innen wurde die Frage erörtert, ob das Ausmass des "Ausgebranntseins" der Mitarbeiter/innen möglicherweise in Zusammenhang mit Merkmalen der einzelnen *therapeutischen Einrichtungen* stehen könnte. Zu diesem Zwecke sollten Hierarchisch Lineare Modelle (HLM) gerechnet werden, dank deren simultan sowohl allfällige personenbezogene als auch institutionsspezifische Einflüsse auf den Burnout der Befragten untersucht werden konnten.

Die Tatsache, dass die Mitarbeiter/innen in unterschiedlichen Therapieinstitutionen tätig waren, übte zwar einen statistisch knapp signifikanten Einfluss auf das Ausmass ihres "Ausgebranntseins" aus ($p \leq .05$; Tabelle 5.15.). Doch die Unterschiede zwischen den Institutionen erklärten lediglich 2.8%¹⁵ der gesamten Varianz des Burnout-Gesamt-Score, und die Reliabilität des Modells erreichte lediglich einen ungenügenden Wert von .260, so dass die Untersuchung der

Tabelle 5.15. Varianzkomponenten von personenbezogenen und institutionsspezifischen Einflüssen auf den Burnout-Gesamt-Score der Mitarbeiter/innen (one-way ANOVA-Modell)

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	p-Wert
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	6.769	2.602	24	38.398	$p \leq .05$
	Ebene Individuen (R)	234.465	15.321			
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Burnout-Gesamt-Score (Intercept B0)	30.289	1.021			

n.s. = nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen $n=328$; missing data=74

Anzahl Einheiten auf Institutionsebene $n=25$

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .260

¹⁵ Berechnet als: $U0 / (U0 + R) = 6.769 / (6.769 + 234.465) = .028$

einzelnen Institutionsmerkmale beziehungsweise die Prüfung ihres möglichen Einflusses auf den Burnout der Mitarbeiter/innen nicht sinnvoll war. Das heisst, dass die Institutionsebene einen Einfluss auf den Gesamt-Burnout hatte, dieser aber wegen der geringen Reliabilität keine sinnvollen Hinweise auf einzelne, relevante Institutionsmerkmale gegeben hätte. Der weitaus grösste Teil der Varianz des Burnout der Mitarbeiter/innen – nämlich 97.2% – war auf individuelle Merkmale zurückzuführen.

5.5. Diskussion

Im vorliegenden Kapitel werden die wichtigsten Befunde zur Burnout-Belastung der 402 befragten, in 27 stationären Therapieeinrichtungen tätigen Mitarbeiter/innen diskutiert. Methodische Einschränkungen und ihre Konsequenzen für die Auslegung der Ergebnisse sind am Schluss des Kapitels aufgeführt.

Insgesamt wiesen zum Zeitpunkt der Befragung über drei Viertel der Mitarbeiter/innen *keinen oder nur einen geringen Gesamt-Burnout* auf. In Bezug auf die von Maslach und Jackson (1984) entwickelten Burnout-Dimensionen ergab sich ebenfalls nur eine geringe Belastung durch Burnout-Symptome: Über zwei Drittel der Befragten fühlten sich hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit und Zielerreichung nicht oder nur wenig eingeschränkt. Ein grosser Teil der Mitarbeiter/innen wies keine oder nur geringe Anzeichen einer entpersönlichten Haltung gegenüber ihren Klient/innen auf. Lediglich in Bezug auf die Burnout-Dimension der emotionalen, kognitiven und geistigen Erschöpfung zeigte sich eine etwas häufigere Belastung: Etwa jede/r dritte Mitarbeiter/in fühlte sich zur Zeit der Befragung emotional, kognitiv und geistig *mittelmässig*, jede/r vierzehnte *überwiegend* erschöpft.

Hiermit zeigte sich in der vorliegenden Stichprobe von in der Deutschschweiz tätigen Suchtmitarbeiter/innen eine – im Vergleich mit bisherigen empirischen Befunden – relativ geringe Belastung durch Burnout-Symptome. In Deutschland wurden bedeutend höhere Prävalenzraten ermittelt: Körkel et al. (1995) berichteten darüber, dass beinahe 30% der von ihnen befragten, in stationären und ambulanten Suchteinrichtungen tätigen Mitarbeiter/innen – gemäss der Stufeneinteilung von Golembiewski et al. (1983) – unter eher starken bis sehr starken Burnout-Symptomen litten. Und unter den von Glinz (1993) befragten, ebenfalls sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Suchthilfe Tätigen fühlten sich 19% eher stark bis sehr stark belastet. Im Vergleich dazu bezeichneten sich in der vorliegenden Stichprobe lediglich 8% der Befragten gemäss der Golembiewski-Skala als eher stark bis sehr stark belastet – also zwei bis beinahe vier Mal weniger!

Angesichts dieser Ergebnisse drängt sich die Frage auf, auf welche Ursachen die für die Deutschschweiz ermittelten, tieferen Burnout-Werte zurückzuführen sein könnten. Es sind verschiedene Erklärungsansätze in Betracht zu ziehen. Beispielsweise wäre denkbar, dass die Mitarbeiter/innen in der Deutschschweiz im Mittel älter waren und weniger Berufserfahrung aufwiesen als die Befragten in Deutschland – denn diese Merkmale hingen in der vorliegenden Studie mit einem tieferen Burnout zusammen. Desweiteren müsste auch geprüft werden, ob in der Schweiz intensivere Personalpflege wie Weiterbildung, Teamsupervision etc. betrieben wird, die einen burnout-präventiven Effekt haben könnte. Ebenso wäre möglich, dass unterschiedliche therapeutische Konzepte und Vorstellungen von Suchtbehandlung oder eine belastendere Klientele die Unterschiede erklären. Eine andere Interpretation bezieht sich auf die Beschäftigungssituation in den beiden Ländern: In der Schweiz ist die Arbeitslosenquote bedeutend tiefer als in Deutschland. Mitarbeiter/innen, die sich durch die stationäre Suchtarbeit über Mass belastet fühlen, haben hierzulande bessere Chancen, eine andere Stelle in einem weniger stark beanspruchenden Berufsfeld zu finden. Es wäre in der Folge möglich, dass Mitarbeiter/innen mit einer höheren Belastetheit in der Schweiz tendenziell die Arbeitsstelle eher wechseln (können), während sie in Deutschland auf Grund von fehlenden Angeboten eher am bisherigen Ort bleiben. Bei einer Beurteilung der Ergebnisse müssen indessen auch die Rahmenbedingungen dieser Umfrage berücksichtigt werden: Da die Befragung der Mitarbeiter/innen im Rahmen einer Qualitätserhebung durchgeführt wurde, muss in Betracht gezogen werden, dass eine eventuelle Verunsicherung hinsichtlich der politischen und finanziellen Entwicklung im Suchtbereich und der zukünftigen Verwendung der Befragungsdaten zu einer Verzerrung der Burnout-Belastungswerte nach unten geführt haben könnte.

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Zusammenhang von *individuellen Merkmalen* mit dem Gesamt-Burnout der Mitarbeiter/innen diskutiert.

Es wurde ein negativer, linearer Zusammenhang zwischen dem *Alter* der untersuchten Mitarbeiter/innen und dem Ausmass ihrer Belastetheit ermittelt. Dies bedeutet, dass die Belastung durch Burnout mit zunehmendem Alter der Befragten abnahm. Infolgedessen stellt sich die Frage, inwieweit dem Alter eine burnout-präventive Wirkung zuzuschreiben ist. In den betrachteten Studien wurde eine Untersuchung von Effekten des Alters auf den Burnout unterlassen. Das Durchschnittsalter der vorliegenden Stichprobe betrug 40 Jahre und war damit im Vergleich zur Stichprobe von Glinz (1993) leicht höher (35 bis 39 Jahre). Über das Durchschnittsalter in den anderen bisher untersuchten Stichproben lagen leider keine Angaben vor (Körkel et al., 1995; Rudolf & Körkel, 1995). Die Frage, ob das Alter der Suchtmitarbeiter/innen – unabhängig von der Dauer ihrer Berufserfahrung im Suchtbereich – eine burnout-prophylaktische Wirkung besitzt, muss im Rahmen zukünftiger Untersuchungen noch genauer beleuchtet werden.

Die Annahme, dass mit *zunehmender Berufserfahrung* die Belastung durch Burnout abnehme, konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. Vielmehr war zu beobachten, dass diejenigen Befragten, die vor der aktuellen Anstellung seit längerer Zeit im Suchtbereich tätig waren, eine höhere Belastung durch Burnout aufwiesen als diejenigen mit kürzerer Berufserfahrung. Dieser Befund stand in Widerspruch zu denjenigen von Glinz (1993) sowie Körkel et al. (1995). Glinz (1993) konnte keinen Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Berufserfahrung der Befragten im Suchtbereich und ihrer Belastung durch Burnout-Symptome beobachten. Und in der Studie von Körkel et al. (1995) wurde lediglich mit einer der drei Burnout-Dimensionen ein schwacher Zusammenhang gefunden: Mitarbeiter/innen, die zwischen einem und fünf Jahren Berufserfahrung im Suchtbereich aufwiesen, hatten leicht höhere Werte auf der Subskala der emotionalen Erschöpfung. Aus der vorliegenden Untersuchung muss hingegen angenommen werden, dass der Burnout durch einen summativen Effekt von Belastungen zustande kam: Je länger die Mitarbeiter/innen bereits vor der aktuellen Anstellung im Suchtbereich gearbeitet hatten, desto höher war ihr Burnout-Niveau.

In einem der aufgestellten Teilmodelle wurde ermittelt, dass das Ausmass des "Ausgebranntseins" vom *Prozentsatz der Anstellung* der Mitarbeiter/innen abhing. Je mehr Stellenprozente jemand aufwies, desto grösser war die Belastung durch Burnout. Im Schlussmodell, in welchem alle signifikanten Merkmale aus den Teilmodellen simultan einbezogen wurden, verschwand dieser Einfluss der Stellenprozente indessen wieder, das heisst, er wurde durch andere Einflussvariablen neutralisiert.

Auch Körkel et al. (1995) fanden keinen Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Arbeitszeit und dem Burnout. Dennoch sollte in zukünftigen Untersuchungen der Anstellungsgrad in Betracht gezogen werden. Es könnte zum Beispiel versucht werden, den im Mittel "idealen" Anstellungsgrad in der stationären Suchttherapie zu ermitteln, der eine ausgewogene Balance zwischen Beanspruchung und Regeneration böte. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das Ausmass des Burnout der Mitarbeiter/innen erheblich von der subjektiven Angabe des *Leistens von Überstunden* beeinflusst war – unabhängig vom Anstellungsgrad. Dies spricht für eine erhöhte Gefahr des "Ausgebranntseins" bei einer Zunahme der geleisteten Arbeitszeit über das vereinbarte Mass hinaus. Inwieweit Anstellungsprozente und Überstunden mit der Belastung durch Burnout in Zusammenhang stehen, muss auf Grund der widersprüchlichen Befundlage in zukünftigen Untersuchungen noch eingehender überprüft werden.

In der vorliegenden Studie konnte eine *herausragende Bedeutung des Umgangs des Teams untereinander* für das Burnout-Niveau gefunden werden. Insbesondere das Verhältnis zu den Vorgesetzten und die Beziehung und das Ver-

halten der Arbeitskolleg/innen waren relevant. Der Gesamt-Burnout der Befragten wurde – von allen untersuchten Grössen – am stärksten von ihrer subjektiv erlebten Belastung durch Probleme mit Vorgesetzten beeinflusst. Andererseits wiesen Mitarbeiter/innen, die in einem Team mit vielen Konflikten und wenig Unterstützung arbeiteten, signifikant höhere Burnout-Werte auf als Befragte, die in Teams mit wenig burnout-fördernden Merkmalen tätig waren. Diese Befunde belegten die grosse Bedeutung eines gut funktionierenden Teams und der gegenseitigen sozialen Unterstützung der Mitarbeiter/innen als wichtige burnout-präventive Faktoren, wie dies auch in früheren Untersuchungen nachgewiesen wurde (Reithinger, 1990; Fengler, 1991; Weiland, 1992). Ob diese Entwicklung als ein sich aufschaukelnder Prozess zwischen Konflikten im Team, einer Verschlechterung des Klimas und einer folgenden Erhöhung von Burnout-Merkmalen aufgefasst werden kann, müsste anhand von Längsschnittstudien untersucht werden. Denn es wäre ebenso plausibel anzunehmen, dass zunächst das Burnout-Niveau stieg und in der Folge sich das Teamklima verschlechterte. Dabei wäre bei solchen Untersuchungen vor allem wichtig zu erfahren, wie gegebenenfalls in einzelnen Einrichtungen ein solcher *Circulus vitiosus* effektiv unterbrochen werden könnte.

Ob in einer solchen Situation die regelmässige Durchführung von *Teamsupervision* den Burnout senken könnte, kann an dieser Stelle nicht schlüssig beantwortet werden. Aber es zeigte sich in der Auswertung, dass in der Suchthilfe tätige Mitarbeiter/innen, die nach eigenen Angaben Supervision erhielten, *nicht* weniger burnout-gefährdet waren als solche, die keine Supervision in Anspruch nahmen. Ebenso wenig konnten Glinz (1993) sowie Körkel et al. (1995) gesamthaft eine burnout-prophylaktische Wirkung von Supervisionen nachweisen. Lediglich *geringe* Zusammenhänge zwischen einzelnen Burnout-Dimensionen und der Teilnahme an Supervision (Körkel et al., 1995) sowie mindestens monatlicher Supervision (Glinz, 1993) konnten gefunden werden. Ob die Teilnahme an Supervisionen tatsächlich keinen Schutz vor Burnout bietet oder ob die untersuchten, angebotenen Formen der Supervisionen nicht auf burnout-bezogene Themen beziehungsweise auf die Lösung burnout-spezifischer Probleme ausgerichtet waren, wäre Gegenstand weiterer Untersuchungen.

Die Einstellung der Mitarbeiter/innen zur *Bedeutung von Rückfällen mit Drogen* im therapeutischen Prozess war ebenfalls relevant für deren Burnout-Niveau. Zwischen dem Ausmass des Burnout und der Haltung der Mitarbeiter/innen, ein Rückfall der Klient/innen sei immer etwas Negatives, konnte ein hoch signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. Auch Rudorf und Körkel (1995) belegten, dass unrealistische Überzeugungen wie jene, dass es bei einem guten Therapieverlauf nicht zu Rückfällen komme, burnout-begünstigende Effekte zuzuschreiben sind. Solche "Mythen" setzen die Mitarbeiter/innen unter Erfolgsdruck und begünstigen Misserfolgserlebnisse in der Arbeit. Da Rückfälle in und

nach einer Suchtherapie häufig vorkommen, erzeugen solche Vorstellungen eine ständige Frustration, die wiederum einen ausgeprägten Burnout nach sich ziehen kann.

Hinsichtlich der Prüfung des *Einflusses von Institutionsmerkmalen* auf den Burnout der befragten Mitarbeiter/innen ist Folgendes festzuhalten: Es konnte zwar ein knapp signifikanter Einfluss der Institutionsebene gefunden werden, indessen war die Reliabilität des Modells tief, sodass eine Untersuchung der einzelnen Institutionsmerkmale beziehungsweise ihres eventuellen Einflusses auf den Burnout der Mitarbeiter/innen nicht sinnvoll war und auf diese Analysen verzichtet wurde. Dies bedeutet, dass die Institutionen sich hinsichtlich der Belastung ihrer Mitarbeiter/innen durch Burnout nicht systematisch unterscheiden. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei allen Institutionen um therapeutische Gemeinschaften handelte und die befragten Mitarbeiter/innen folglich alle in einem ähnlichen Arbeitsbereich tätig waren, war dies nicht weiter erstaunlich. Zur Prüfung der Frage, ob das Ausmass des "Ausgebranntseins" der Mitarbeiter/innen möglicherweise in Zusammenhang mit Merkmalen der einzelnen Einrichtungen stehen, müssten also Institutionen untersucht werden, zwischen denen bezüglich des Organisationszwecks und der Arbeitsgestaltung bedeutsamere Unterschiede bestünden, wie beispielsweise zwischen niederschwelligen, ambulanten und stationären Stellen.

Die vorliegende Untersuchung zur Belastetheit der Mitarbeiter/innen unterlag mehreren methodischen Einschränkungen. *Erstens* ging bei zwei Institutionen das Erhebungsverfahren leicht verändert von statten. Bei einer lag die Abweichung darin, dass die Befragten die Fragebogen nicht zu Hause, sondern in der arbeitgebenden Institution ausfüllten, was die Frage nach einer eventuellen, durch die unterschiedliche Umgebung bedingten Verzerrung der Einschätzungen und Antworten der Mitarbeiter/innen aufwarf. Die darauf folgende Prüfung allfälliger Unterschiede zwischen den Institutionen mit abweichendem und solchen mit regulärem Erhebungsverfahren ergab indessen keinen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich des Gesamt-Burnout der Mitarbeiter/innen. *Zweitens* war zu beachten, dass in Regressionsanalysen empirisch multiple Experimente simuliert werden, bei denen jeweils – in Bezug auf eine der unabhängigen Variablen eines Modells – alle weiteren unabhängigen Variablen konstant gehalten werden. Dies entspricht jedoch nur bedingt der Realität, weil gewisse Kombinationen von Variablenwerten (zum Beispiel 20 Jahre Berufserfahrung bei einem Lebensalter von 28 Jahren) unmöglich sind. Diesem Umstand war bei der Auslegung der Beta-Koeffizienten der Regressionanalyse Rechnung zu tragen, indem solche Variablen einzeln gerechnet und die jeweiligen Beta-Koeffizienten verglichen wurden. Bei der Prüfung dieses Sachverhaltes im Gesamtmodell hinsichtlich der Berufserfahrung und dem Alter ergab sich indessen beinahe keine

Veränderung der Beta-Koeffizienten, wenn die jeweils andere Variable entfernt wurde. Deshalb wurde angenommen, dass keine Modellverletzungen vorlagen. *Drittens* ist zu berücksichtigen, dass die in dieser Untersuchung erfolgte Querschnittserhebung in der Regel keine Aussagen über kausale Wirkungsbeziehungen erlaubt, sondern ausschliesslich Zusammenhänge aufzuzeigen vermag. Diese Zusammenhänge dürfen jedoch unter gewissen Bedingungen – zum Beispiel dann, wenn nur eine Wirkungsrichtung zwischen den untersuchten Variablen als plausibel erscheint – mit der nötigen Vorsicht auch als Effekte interpretiert werden.

5.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Unter Berücksichtigung von in früheren Studien erbrachten Befunden lassen sich auf Grund der in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ergebnisse für die Theorie der stationären Suchttherapie einerseits und für deren Praxis andererseits Schlussfolgerungen ziehen.

In Bezug auf die Weiterentwicklung der *Theorie* kann festgehalten werden, dass im Suchtbereich dem Alter der Befragten möglicherweise eine bis anhin unerkannt gebliebene burnout-schützende Wirkung zukommt. Es sei jedoch betont, dass die Prüfung allfälliger Effekte des Alters auf den Burnout von Suchtmitarbeiter/innen in bisherigen Studien unterlassen wurde und die Frage, ob dem Alter von im Suchtbereich tätigen Mitarbeiter/innen in der Tat eine burnout-prophylaktische Wirkung zuzuschreiben ist, deswegen unbedingt im Rahmen weiterer Untersuchungen eingehender erörtert werden sollte. Die Annahme, wonach das eine Geschlecht im Vergleich mit dem anderen eher burnout-gefährdet sei, konnte genauso wie in früheren Untersuchungen nicht erhärtet werden.

Es wurden Teammerkmale als Entstehungsbedingungen von Burnout untersucht. Es zeigte sich, dass das subjektiv wahrgenommene Teamklima und das Verhältnis zu Vorgesetzten einen grösseren Erklärungsanteil am Burnout-Niveau aufwiesen. Da es sich hier um subjektive Angaben handelte, sollten diese Befunde mit objektiven Daten verglichen werden, um zu überprüfen, ob erhöhte Burnout-Werte mit einem tatsächlich schlechten Teamklima zusammenhängen oder ob Persönlichkeitsfaktoren im Sinne einer Hintergrundvariable sowohl die Wahrnehmung des Teamklimas als auch das Burnout-Niveau negativ beziehungsweise positiv beeinflussen. Mit den in dieser Untersuchung erhobenen Daten konnte dies nicht überprüft werden.

Auf Grund der geschilderten Ergebnisse konnten *Schlussfolgerungen für die Praxis* der stationären Suchthilfe gezogen werden.

Die Dauer der Berufserfahrung im Suchthilfebereich stand in positivem Zusammenhang mit einer Belastung durch Burnout. Dies bedeutet, dass Mitarbeiter/innen mit längerer Suchthilfeeerfahrung stärker von Burnout betroffen waren als solche mit kürzerer Erfahrungsdauer. Doch insgesamt ist die diesbezügliche Befundlage unsicher, da in anderen Studien dieser Zusammenhang nicht festgestellt wurde. Da das vorliegende Ergebnis offensichtlich auf eine spezifische Belastung von Deutschschweizer Mitarbeiter/innen hinwies, sollten trotzdem für Mitarbeiter/innen, die eine langjährige Erfahrung im Suchthilfebereich aufweisen, spezifische Präventionsmassnahmen ins Auge gefasst werden.

Es konnte gezeigt werden, dass die subjektive Angabe hinsichtlich des Leistens von Überstunden einen Zusammenhang mit dem Burnout aufwies. Therapeutische Einrichtungen sollten in der Folge darauf bedacht sein, dass ihre Mitarbeiter/innen – unabhängig vom jeweiligen Anstellungsgrad – keine Arbeit über die vereinbarte Zeit hinaus leisten. Diese Empfehlung sollte aber noch mit empirischen Ergebnissen zum Zusammenhang von *objektiv* gemessenen Überstunden mit dem Burnout der Mitarbeiter/innen untermauert werden.

Die für die Burnout-Prophylaxe herausragende Bedeutung eines Teams, in welchem gegenseitige soziale Unterstützung und wenig Konflikte vorherrschen, wurde im vorliegenden Bericht schon wiederholt hervorgehoben. Probleme zwischen Mitarbeiter/innen und ihren Vorgesetzten, wie Vermeidung oder fehlende Kompetenzabgrenzung, sollten möglichst rasch identifiziert und bereinigt werden, ansonsten können die aus solchen Situationen resultierenden Belastungen burnout-fördernden Charakter annehmen. Indessen wies die Teamsupervision keinen oder nur einen geringen Effekt auf das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen auf – sie scheint also nicht die Methode der Wahl zu sein, um den Burnout zu senken. Es wird empfohlen, durch entsprechende Kaderausbildungen – beispielsweise hinsichtlich Mitarbeitermotivierung, Konfliktmanagement und Gruppendynamik – sowie durch externe Organisationsberatung mittelfristig Kompetenzen und Strukturen aufzubauen, die ein unterstützendes Klima im Team fördern und das Risiko von langfristigen Problemen zwischen Vorgesetzten und Untergebenen senken. Andererseits sollte in Fällen von akuten oder "chronifizierten" Konflikten neben der Teamsupervision eine kurzfristige, externe Beratung beigezogen werden.

Des Weiteren wird empfohlen, dass sich Teammitglieder im Rahmen von Fortbildungen mit suchtspezifischen Themen auseinandersetzen. Insbesondere sollte dabei an unrealistischen Überzeugungen wie jenen, dass es bei einem guten Therapieverlauf nicht zu Rückfällen kommen dürfe oder dass ein Rückfall immer etwas Negatives sei, gearbeitet werden, da solche "Mythen" burnout-fördernde Effekte aufwiesen. Es sollte aufgezeigt werden, dass ein therapeutischer Prozess häufig nicht geradlinig, sondern wellenförmig verläuft, und zeit-

weilige Misserfolge durchaus Teil eines längerfristig positiven Verlaufs sein können. Vom rigorosen Festhalten am Abstinenzziel – ohne Berücksichtigung der Motivation und Zugänglichkeit des/r Betroffenen – sollten sich die Vorstellungen und Überzeugungen in Richtung abgestufter Behandlungsziele und angemessener Veränderungszeiträume entwickeln.

Für *zukünftige Untersuchungen* werden folgende Themenbereiche vorgeschlagen: Die Prüfung von Interaktionen zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen, eine Ausweitung der Untersuchung des Burnout auf andere Stellen der Suchthilfe, die Wiederholung der Erhebung zur Überprüfung von Belastungen in der Umbruchphase sowie die Nachbefragung von Mitarbeiter/innen, die ihre Stelle in einer stationären Therapieeinrichtung gekündigt haben.

In Studien mit einem entsprechenden Design könnten die *wechselseitige Beeinflussung* von Mitarbeiter/innen und Klient/innen – beispielsweise Entstehungsbedingungen von Burnout und Entwicklungen der Klient/innen oder deren Therapiezufriedenheit – erhoben werden, um deren Interaktionen zu ergründen. Dies ergäbe eventuell Hinweise auf Massnahmen zur Senkung von Abbruchquoten sowie auf Interventionen bei Klient/innen und/oder Mitarbeiter/innen, mit welchen der Team-Burnout gesenkt und die Therapiezufriedenheit erhöht werden könnte.

Die vorliegende Studie wurde in Therapieeinrichtungen der Deutschschweiz durchgeführt. Verglichen mit Ergebnissen aus Deutschland ergab sich eine geringere Belastung der Teams durch Burnout. Diese positiven Befunde können indessen nicht unhinterfragt auf die übrigen Deutschschweizer Einrichtungen und auf Institutionen der französischsprachigen Schweiz übertragen werden. Es sollte deshalb mit einer Stichprobe von *Therapieeinrichtungen der Romandie* eine Erhebung des Burnout-Niveaus der Mitarbeiter/innen durchgeführt werden, um die Ergebnisse für die gesamte Schweiz zu validieren.

Die stationäre Suchttherapie der Schweiz befindet sich in einer Umbruchphase, die auch Auswirkungen auf die Mitarbeiter/innen hat: Das Finanzierungssystem wird neu geordnet (FiSu), die Einführung nationaler Qualitätssicherungsprogramme ist im Gange (QuaTheDA, Anforderungen des Bundesamt für Sozialversicherung BSV) und eine grössere Anzahl Einrichtungen schloss in den letzten zwei Jahren auf Grund von finanziellen Problemen beziehungsweise Unterbelegung. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob bei einer *erneuten Erhebung von Burnout-Werten* höhere Belastungen der Suchtmitarbeiter/innen festgestellt würden, als dies noch zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung der Fall war. Auf der Grundlage solcher Erkenntnisse könnte eine Zunahme von Problemen der Mitarbeiter/innen erkannt werden, und gegebenenfalls wären Massnahmen abzuleiten, mit denen die Belastungssituation entschärft und das Niveau der Behandlungsqualität erhalten werden könnte.

Die vergleichsweise tiefen Burnout-Werte der in dieser Studie untersuchten Deutschschweizer Mitarbeiter/innen lassen sich eventuell zum Teil dadurch erklären, dass der Stellenmarkt in der Schweiz gegenüber Deutschland mehr Arbeitsplätze bietet und folglich die in der Schweiz tätigen, sich stark belastet fühlenden Suchtmitarbeiter/innen bis zur Kündigung möglicherweise weniger lange zuwarten als ihre deutschen Kolleg/innen. Die Prüfung dieser Hypothese würde einen Vergleich der im schweizerischen und deutschen Suchthilfebereich bestehenden Personalfluktuationsraten bedingen. Zudem könnte mit einer weiteren Studie untersucht werden, inwieweit *Kündigungen in der Schweiz auf Grund von burnout-bedingten Problemen* zustande kommen. Dazu müssten Mitarbeiter/innen, die aus einer stationären Therapieeinrichtung für Drogenabhängige ausgetreten sind, kurz nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses befragt werden. Diese Ergebnisse würden einerseits Erkenntnisse darüber liefern, ob in der Schweiz ein hoher Anteil der Kündigungen auf Grund von Belastungen geschieht, wie dies oben vermutet wurde. Andererseits könnten Aufschlüsse darüber gewonnen werden, ob die aktuelle Umbruchphase des stationären Therapiebereichs der Schweiz zu einer Abwanderung von qualifizierten Fachleuten führt.

Weiter müssten zur Prüfung der Frage, ob das Ausmass des "Ausgebranntseins" der Mitarbeiter/innen möglicherweise in Zusammenhang mit *Merkmale der einzelnen therapeutischen Einrichtungen* steht, Institutionen untersucht werden, die grössere Unterschiede bezüglich ihres Organisationszwecks und der Arbeitsgestaltung aufweisen. In diesem Zusammenhang wäre es von Interesse, niederschwellige, ambulante sowie stationäre Stellen bezüglich der Burnout-Belastung ihrer Mitarbeiter/innen zu vergleichen, um zu untersuchen, ob sich die in gewissen früheren Studien ermittelten tieferen Burnout-Werte der Mitarbeiter/innen im ambulanten Suchthilfebereich auch in der Schweiz bestätigen lassen. Zudem sollten auch heroingestützte Behandlungsprogramme auf die Burnout-Belastung ihrer Mitarbeiter/innen untersucht werden. Es könnte dabei überprüft werden, ob der Neuheitsgehalt solcher Programme beispielsweise zu einem überdurchschnittlichen Engagement der Mitarbeiter/innen führte und in der Folge eine höhere Burnout-Belastung auftrat.

6. Die Therapiezufriedenheit der Klient/innen

6.1. Forschungsstand

Die Leistungen von stationären Programmen für Drogenabhängige wurden üblicherweise mit der Erhebung von Daten zum Status der Klient/innen erfasst. Kriterien wie Konsumverhalten, Arbeitssituation oder Legalstatus standen dabei im Vordergrund (zum Beispiel Sells & Simpson, 1976; Dobler-Mikola et al., 2000). Diese Erhebungen lieferten wichtige Informationen über die Wirksamkeit eines Programmes. Mit dem verstärkten Aufkommen der Qualitätssicherung sowie der Konsumentenorientierung in der Gesundheitsversorgung gewann die Perspektive der Behandlungsempfängenden an Bedeutung. Neben der Beurteilung des Programms und den subjektiven Bedürfnissen der Klient/innen stellte deren Zufriedenheit mit den Leistungen ein zentrales Kriterium dar. In der medizinischen Gesundheitsversorgung waren Erhebungen zur Zufriedenheit der Patient/innen bereits eher die Regel als die Ausnahme (siehe dazu den frühen Übersichtsartikel von Pascoe, 1983). In Bezug auf die Therapieprogramme für Drogenabhängige war dies umgekehrt: Es konnte nur eine kleine Anzahl Publikationen gefunden werden, in welchen die Therapiezufriedenheit der Klientele untersucht wurde. Die Befunde aus der medizinischen Gesundheitsversorgung können indes nicht unesehen für die stationäre Therapie von Drogenabhängigen übernommen werden, da diese langfristigen Aufenthalte in therapeutischen Gemeinschaften anderen Regeln unterworfen sind und andere Ziele aufweisen wie beispielsweise ein Aufenthalt im Spital oder die Sprechstunde bei einem Facharzt. Insbesondere steht nicht "nur" ein erkranktes Organ im Zentrum der Behandlung, sondern die gesamte Persönlichkeit mitsamt ihren sozialen und kulturellen Bindungen.

Es muss vorläufig offen bleiben, ob das geringe Interesse an Zufriedenheitsuntersuchungen mit dem von Seiten der Praxis oft geäußerten Argument zu tun hatte, dass in der stationären Therapie von Drogenabhängigen die Zufriedenheit der Klient/innen ein zumindest ambivalentes – wenn nicht gar unbrauchbares – Kriterium sei, weil in bestimmten Phasen der Therapie die Unzufriedenheit zwangsläufig entstehen müsse und Teil des Konzepts sei. Des Weiteren wurde auf Grund empirischer Resultate eingewendet, dass einige Drogenabhängige wegen ihrer antisozialen Einstellungen zu einer tieferen Zufriedenheit neigten und deren Äusserungen also nur mit Vorbehalt als adäquate Rückmeldung und

als Basis für Veränderungen des Therapieprogramms betrachtet werden dürften (O'Reilly, Smith, Freeland & Cernovsky, 1993). Dieser Zusammenhang konnte jedoch in einer späteren Studie nicht repliziert werden (Cernovsky, O'Reilly & Pennington, 1997a).

Die globale Zufriedenheit von Klient/innen in einer stationären Behandlung wegen Drogenabhängigkeit war in den gefundenen Studien durchgehend hoch (Herbst & Hanel, 1989; Cernovsky, O'Reilly & Pennington, 1997b; Chan, Sorensen, Guydish, Tajima & Acampora, 1997). Diese Ergebnisse deckten sich mit solchen von Untersuchungen aus dem medizinischen Bereich, in denen ebenfalls von einer hohen Patientenzufriedenheit berichtet wurde (siehe Lebow, 1983; Pascoe, 1983; Keith, 1998). Im Folgenden werden die Studien besprochen, die die Zufriedenheit von Drogenabhängigen in einer stationären Therapie betrachteten.

Chan et al. (1997) fanden bei 109 Drogenabhängigen, die ein halbes Jahr nach Eintritt in ein stationäres Therapieprogramm befragt worden waren, mit einer Sechs-Item-Adaption des Client Satisfaction Questionnaire CSQ (Attkisson & Zwick, 1983) eine durchschnittliche Zufriedenheit von 19.4 Punkten; die möglichen Werte der Skala reichten von minimal sechs bis maximal 24 Punkten. Umgerechnet auf die originale Acht-Item-Skala des CSQ würde dies einem Durchschnitt von 25.9 Punkten entsprechen.

Auch in der Untersuchung von Cernovsky et al. (1997b) war die durchschnittliche Zufriedenheit der Drogenabhängigen – bei einem Wertebereich von einem bis maximal vier Punkten – mit einem Durchschnitt von 3.3 Punkten pro Einzelfrage hoch. Sie verwendeten indessen eine auf 11 Fragen erweiterte Version des CSQ; gerechnet auf den Acht-Item-CSQ ergäbe sich ein Mittelwert von 26.4 Punkte. Die Bewertung dieser vier Wochen dauernden stationären Therapie durch die Klient/innen war also noch höher als diejenige in der Studie von Chan et al. (1997).

Herbst und Hanel (1989) betrachteten die Therapiezufriedenheit von 302 Klient/innen aus 13 stationären Therapieeinrichtungen in Deutschland. Die durchschnittliche Zufriedenheit der Klient/innen, welche sie mit einem aus 22 sechsstufigen Fragen bestehenden Instrument erhoben, betrug einen Monat nach Eintritt 69.4 von 110 möglichen Punkten. Dieser Wert war zwar tiefer als in den obigen Studien – umgerechnet auf den acht Items umfassenden CSQ nämlich 23.1 Punkte –, aber die Vergleichbarkeit wurde durch die Verwendung eines anderen Instruments mit einer stärkeren Betonung der spezifischen Zufriedenheit mit einzelnen Programmelementen stark eingeschränkt. Die Antworten der Klient/innen zu den einzelnen Fragen gaben Aufschluss über die Kritikpunkte: Beispielsweise bewertete lediglich ein Drittel die Art der zu leistenden Arbeit eindeutig positiv, und gar nur ein Viertel war eindeutig mit dem Freizeitangebot zufrieden.

Im Folgenden werden Ergebnisse aus Studien beschrieben, die sich mit dem Zusammenhang von individuellen Merkmalen und der Therapiezufriedenheit in einer stationären Suchtbehandlung beschäftigten. Chan et al. (1997) untersuchten gleichzeitig mit der stationären Institution ein ambulantes Programm. Diese Stichprobe von 107 Klient/innen fügten sie mit den 109 aus der stationären Therapie zusammen und fanden bei der daraus entstandenen Gesamtgruppe einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Zufriedenheit. In dieser Stichprobe waren aber auch diejenigen Klient/innen eingeschlossen, die die Behandlung bereits abgebrochen hatten und ebenfalls ein halbes Jahr nach Eintritt befragt wurden. Herbst und Hanel (1989) erhoben die Zufriedenheit der Klient/innen zu vier verschiedenen Zeitpunkten, sie konnten aber – im Gegensatz zu Chan et al. (1997) – keinen Trend der Werte über die Zeit feststellen. Die Korrelation der Zufriedenheit zwischen den Messzeitpunkten der einzelnen Befragten ($r = .55$) interpretierten sie wie folgt: Obschon der Mittelwert aller Befragten insgesamt zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten stabil war, würde die individuelle Therapiezufriedenheit keine zeitlich feste Grösse darstellen und die einzelnen Klient/innen Schwankungen aufweisen, die "von den individuellen, der Befragung möglicherweise direkt vorausgehenden Erfahrungen abhängig" wären (Herbst & Hanel, 1989, 244).

Gemäss dem massgeblichen Überblicksartikel von Pascoe (1983) zur Zufriedenheit in der Gesundheitsversorgung zeigten zwei demographische Aspekte systematisch einen Zusammenhang mit Zufriedenheit: das Alter und das Geschlecht. Ältere und Frauen waren in den meisten Studien zufriedener. Auch Chan et al. (1997) beobachteten eine Korrelation mit dem Alter: Je älter die Befragten bei Eintritt waren, desto höher fiel ihre Zufriedenheit aus. Diesen Zusammenhang fanden Cernovsky et al. (1997b) hingegen nicht: Das Alter war lediglich mit zwei einzelnen Fragen korreliert, jedoch nicht mit der Gesamtzufriedenheit. Das Geschlecht hatte in keiner Studie einen Zusammenhang mit den Zufriedenheitsäusserungen der Klient/innen (Cernovsky et al., 1997b; Chan et al., 1997), entgegen den von Pascoe (1983) beschriebenen Ergebnissen aus Studien zur Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung.

Die systematische Analyse des Einflusses von Institutions- und Behandlungsmerkmalen in Hinsicht auf die Therapiezufriedenheit der Klient/innen würde weitere Aufschlüsse für die Gestaltung und Planung von stationären Therapieangeboten für Drogenabhängige liefern. Es konnten indessen keine solchen Studien für den stationären Suchthilfebereich gefunden werden. In der Untersuchung von Chan et al. (1997) wurden zwar ein ambulantes und ein stationäres Programm für Drogenabhängige miteinander verglichen, aber es fand keine systematische Analyse von Zusammenhängen der Therapiezufriedenheit mit einzelnen Institutionsmerkmalen statt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für den Bereich der stationären Therapie von Drogenabhängigen nur wenige Studien gefunden werden konnten, die von der Therapiezufriedenheit der Klient/innen handelten. Die darin beschriebenen globalen Zufriedenheitswerte waren hoch. Es ergaben sich zudem widersprüchliche Ergebnisse zum Zusammenhang der Zufriedenheit mit dem Alter und der Aufenthaltsdauer. Des Weiteren konnten keine Untersuchungen entdeckt werden, die eine systematische Analyse des Einflusses von Institutions- und Programmmerkmalen auf die Therapiezufriedenheit der Klient/innen zum Inhalt hatten.

6.2. Fragestellung

Die Fragestellung dieser Untersuchung liess sich in vier Hauptfragen gliedern. Die erste Frage handelte vom Ausmass der globalen Zufriedenheit der Klient/innen sowie von deren Zufriedenheit mit verschiedenen, spezifischen Aspekten der stationären Therapie. Angesichts der in Bezug auf die gesamte Therapiezeit berichteten hohen Zufriedenheit (Chan et al., 1997) sowie von meist wenig differenzierenden Angaben (Pascoe & Attkisson, 1983), wurden die Klient/innen hinsichtlich unterschiedlicher Zeiträume befragt; im Zentrum der zweiten Hauptfrage stand deshalb die Prüfung, ob ein Unterschied zwischen der Zufriedenheit mit der gesamten Therapiezeit und derjenigen bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung bestand. Die dritte Frage hatte den Zusammenhang der Zufriedenheit mit der Aufenthaltsdauer zum Inhalt. Bei der vierten und letzten Hauptfrage ging es um den Einfluss von Institutions- und Behandlungsmerkmalen auf die Zufriedenheit. Im Folgenden werden die einzelnen Fragestellungen aufgeführt.

1. Wie zufrieden waren die Klient/innen mit der gesamten Therapie (globale Zufriedenheit)?
2. Wie zufrieden waren die Befragten mit den einzelnen Bereichen der Therapie (spezifische Zufriedenheit)?

Die Bereiche der spezifischen Zufriedenheit umfassten die Einrichtung allgemein, die allgemeine Betreuung, die persönliche Betreuung, die Einzeltherapie und -gespräche, die Gruppentherapie und -gespräche, den Arbeitsbereich sowie den Kontakt mit den anderen Klient/innen und die medizinische Behandlung.

3. Bestand ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Befragten und deren globalen beziehungsweise spezifischen Zufriedenheit?

4. Bestand ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Klient/innen und deren globalen beziehungsweise spezifischen Zufriedenheit?
5. Gab es einen Unterschied zwischen der spezifischen Zufriedenheit bezogen auf den gesamten Zeitraum der Therapie und der spezifischen Zufriedenheit bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung?

Wie weiter oben erwähnt, wies in früheren Untersuchungen die Klientenzufriedenheit, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Therapie, meist hohe Werte auf. Die Beurteilung erstreckte sich bei diesen Untersuchungen teilweise auf sehr lange Zeiträume, und es stellte sich die Frage, wie adäquat solche Bewertungen waren. Deshalb wurde untersucht, ob die Zufriedenheit bezogen auf die letzte Woche andere Werte ergeben würde, da es sich um einen kurzen, gut erinnerbaren Zeitraum handelte. Zudem könnte sich der Prozess der Informationsverarbeitung bei diesem kleineren Bezugsraum ändern: In Anlehnung an das Modell der Antwortprozesse von Sudman, Bradburn und Schwarz (1996, 55ff) wurde angenommen, dass die Zufriedenheit der gesamten Therapiezeit eher der Wiedergabe einer Einstellung entsprechen könnte, welche bereits vorher bestanden hatte. Demgegenüber *könnte* dieselbe Frage in Bezug auf die letzte Woche bewirkt haben, dass ein *neuer Beurteilungsprozess* stattfand – also kein bereits bestehendes Urteil über die eigene Zufriedenheit wiedergegeben wurde –, der folgenden Ablauf hätte: Interpretation der Frage, Suche von entsprechenden Informationen, Entscheidung über die Verwendung der Informationen, Bildung eines Urteils zur Frage, Anpassung des Urteils an die Antwortmöglichkeiten im Fragebogen, eventuelle Modifikation der Antwort. Es wurde deshalb angenommen, dass die Zufriedenheit, bezogen auf den Zeitraum einer Woche, von der Zufriedenheit mit der gesamten Therapie abweichen würde.

6. Bestand ein Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der globalen beziehungsweise spezifischen Zufriedenheit?

Bei obiger Fragestellung ging es darum, herauszufinden, ob die Zufriedenheit mit der Aufenthaltsdauer kontinuierlich zu- oder abnahm. Des Weiteren sollte geprüft werden, ob in gewissen Therapieabschnitten – definiert durch die Aufenthaltsdauer der Klient/innen – die Zufriedenheit systematisch tiefer oder höher war als in anderen Phasen.

Während die obigen Fragestellungen mit Analysen beantwortet wurden, bei denen die Informationen auf der Ebene des einzelnen Klienten / der einzelnen Klientin vorlagen, bezogen die folgenden Fragestellungen die Ebene der Institution ein. Als Erstes wurde der Frage nachgegangen, ob ein signifikanter Anteil der Varianz der globalen Zufriedenheit der Klient/innen durch die Ebene der Institutionen erklärt werden konnte oder ob die Varianz hauptsächlich durch individuelle Aspekte erklärt wurde. Falls die Institutionsebene einen signifikanten Anteil

erklärte, wurde als Zweites untersucht, welche Merkmale der Behandlungseinrichtungen einen Zusammenhang mit der globalen Zufriedenheit der Klient/innen aufwiesen. Dadurch können Einsichten darüber gewonnen werden, welchen Elementen in Behandlungen besondere Beachtung geschenkt werden sollte.

7. Hatten die Institutionen gesamthaft einen Einfluss auf die Varianz der globalen Zufriedenheit ihrer Klient/innen?
8. Liess sich ein Zusammenhang zwischen den Grundangaben der Therapieeinrichtungen und der Therapiezufriedenheit ihrer Klientele nachweisen?

Die untersuchten Grundangaben der Institutionen umfassten die Grösse der Einrichtungen, das Alter, die Inanspruchnahme von externer Beratung in den letzten fünf Jahren, die säkulare weltanschauliche Ausrichtung sowie die Nähe der Lage der Therapieeinrichtungen zu einer Drogenszene.

9. Übte die prozentuale Auslastung der Therapieeinrichtung in den zwölf bis sechs Monaten vor der Befragung einen Einfluss auf die globale Zufriedenheit aus?
10. Übte die Abstinenzorientierung der Therapieeinrichtung einen Einfluss auf die globale Zufriedenheit der Klientele aus?

Die Abstinenzorientierung der Institution wurde einerseits nur anhand des Verbotes von Alkoholkonsum untersucht. Andererseits wurde zusätzlich geprüft, ob das *gleichzeitige* Verbot von Nikotin- und Alkoholkonsum einen Einfluss auf die Zufriedenheit aufwies.

11. Bestand zwischen dem Vorhandensein von schriftlichen Regelungen in den Therapieeinrichtungen (Hausordnung, Sanktionskriterien und -massnahmen) und der globalen Zufriedenheit der Klient/innen ein Zusammenhang?
12. Inwieweit standen spezifische Therapiemerkmale in Zusammenhang mit der Therapiezufriedenheit?

Die untersuchten Therapiemerkmale betrafen die Frage, ob die Psychotherapie einen Schwerpunkt der Behandlung darstellte, sowie die Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht.

13. Liess sich ein Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit von bestimmten Therapieformen wie Einzel-, Gruppen-, Familien- oder Arbeitstherapie im Gesamtangebot der Einrichtung und der globalen Zufriedenheit der Klientele nachweisen?
14. Übte die Tatsache, dass die Klientele beim Fernsehen und Musikhören Einschränkungen unterworfen war, einen Einfluss auf deren globale Zufriedenheit aus?

15. Stand das Ausmass der personellen Ressourcen der einzelnen Therapieeinrichtungen in Zusammenhang mit der Therapiezufriedenheit der Klientele?

Die personellen Ressourcen der Institutionen wurden mittels folgender Grössen erfasst: die Stellenprozente pro Klientenplatz, die Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Therapie beziehungsweise im Bereich Arbeit, die durchschnittliche Anzahl Jahre, in denen die Mitarbeiter/innen der Institution im Suchtbereich tätig waren, die durchschnittliche Anzahl Jahre, in denen die Mitarbeiter/innen in der jeweiligen Institution angestellt waren.

16. Hatte die Tatsache, dass das Personal regelmässig Supervision erhielt, einen Einfluss auf die globale Zufriedenheit der Klient/innen?
17. Wies das Niveau des "Ausgebranntseins" der Mitarbeiter/innen (Burnout) einen Zusammenhang mit der globalen Zufriedenheit der Klientele auf?

6.3. Methodik

6.3.1. Design

Klient/innen aus 24 stationären Therapieinstitutionen für Drogenabhängige der Deutschschweiz wurden in einem Querschnitt zu ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung befragt. Die Erhebungen fanden im Mai und Juni 1999 mit einem strukturierten Fragebogen statt, den die Klient/innen einer Einrichtung unter Aufsicht, selbständig und zum selben Zeitpunkt ausfüllten. Sie befanden sich am Tage der Befragung unterschiedlich lange in der Therapie. Die Erhebung der Strukturmerkmale der Therapieeinrichtungen fand in einem Querschnitt mit einem postalisch zugestellten Fragebogen statt. Neben Angaben zur Grundstruktur und dem Therapiekonzept wurden auch Informationen über die Mitarbeiter/innen gesammelt. Für die Querschnittserhebung der Belastetheit aller Mitarbeiter/innen der Einrichtungen (Burnout-Syndrom) wurde eine postalische Fragebogenuntersuchung durchgeführt.

Zusammenhänge wurden geprüft zwischen der Zufriedenheit und dem Alter sowie der Aufenthaltsdauer der Klient/innen. Unterschiede zwischen den Frauen und Männern hinsichtlich der Zufriedenheit wurden ebenso untersucht wie die Differenz zwischen der Zufriedenheit bezogen auf den gesamten Therapiezeitraum und der Zufriedenheit bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung. Die Informationen der Institutionen zu strukturellen Grundangaben, Auslastung, Abstinenzorientierung, schriftlichen Regelungen, Therapiemerkmalen, Therapieangebot, Einschränkungen der Klient/innen und personellen Ressourcen wurden benutzt, um die Therapiezufriedenheit vorauszusagen.

Es ist dabei zu berücksichtigen, dass Querschnittserhebungen in der Regel keine Aussagen über kausale Wirkungsbeziehungen erlauben, sondern ausschliesslich Zusammenhänge aufzuzeigen vermögen. Unter gewissen Bedingungen, wenn nur eine Wirkungsrichtung zwischen den untersuchten Variablen als plausibel erscheint, dürfen solche Zusammenhänge indessen mit der nötigen Vorsicht auch als Effekte interpretiert werden.

6.3.2. Stichprobe

Es sollten in einer Vollerhebung alle Klient/innen derjenigen 28 Therapieeinrichtungen befragt werden, welche gleichzeitig an der Nachbefragungsstudie des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS teilnahmen (vergleiche dazu Dobler-Mikola et al., 2000). Zwei Einrichtungen hatten indessen vor der Befragung geschlossen, eine Institution wollte nicht teilnehmen und eine war eher als eine teilstationäre Nachsorgeeinrichtung zu betrachten. Daraus resultierte eine Stichprobe von 326 Klient/innen aus 24 Institutionen, wovon 274 beziehungsweise 84% an der Befragung teilnahmen (Tabelle 6.1.). 26 Klient/innen verweigerten die Teilnahme an der Erhebung, was 8% der Grundgesamtheit entsprach. Weitere 8% blieben aus anderen Gründen der Befragung fern. Betrachtete man nur die stichprobenrelevanten Verweigerungen, so stieg die Befragungsquote auf 91% an (Tabelle 6.1.).

Die Informationen zur Struktur sowie zur Belastetheit der Mitarbeiter/innen konnten bei allen 24, an der Zufriedenheitserhebung teilnehmenden Therapieeinrichtungen erhoben werden (siehe Kapitel 3. beziehungsweise Kapitel 5.). Diese wurden für die Beantwortung der Fragen zum Einfluss von Institutions- und Behandlungsmerkmalen auf die Therapiezufriedenheit benötigt. Da die Instituti-

Tabelle 6.1. Klientenstichprobe der Befragung zur Therapiezufriedenheit

		Differenziert		Zusammenfassung		
		n	%	n	%	
Nicht befragte Klient/innen (stichprobenneutral)	Krankheit	2	0.6%	26	8.0%	Rücklauf
	kurzfristiger Termin	15	4.6%			
	Flucht / Entweichung	6	1.8%			
	Nicht deutschsprachig	2	0.6%			
	Neueintritt	1	0.3%			
Verweigerungen	Befragung verweigert	26	8.0%	26	8.0%	8.7%
Teilnehmer/innen	Informationen vorhanden	274	84.1%	274	84.1%	91.3%
Total		326	100.0%	326	100.1% ^{a)}	100.0%

^{a)} Rundungsfehler

onsmerkmale bei einer Einrichtung mit fünf Klient/innen unvollständig waren sowie die globale Zufriedenheit bei zwölf Befragten wegen fehlender Werte nicht berechnet werden konnte und deshalb eine weitere Einrichtung ausgeschlossen werden musste, flossen in die *hierarchische Analyse* schlussendlich die Informationen von 22 Therapieeinrichtungen und 257 Befragten ein.

Alle 24 Institutionen boten stationäre, abstinentenorientierte Behandlungen im Rahmen von therapeutischen Gemeinschaften an. Ihre Zielgruppe bildeten Personen, die von Heroin und/oder Kokain abhängig waren. Vier Einrichtungen nahmen zusätzlich auch Alkoholabhängige auf. Die konzeptuell vorgesehene Therapiedauer der Institutionen variierte von acht bis zu 24 Monaten, mit einem Durchschnitt von 14.3 Monaten. Hinsichtlich der Grösse unterschieden sich die Einrichtungen ebenfalls stark: Eine wies weniger als sechs Betten auf, fünf zwischen sieben und elf Plätzen, elf zwischen zwölf und 25 Plätzen und sechs Institutionen verfügten über mehr als 25 Betten; eine Einrichtung machte keine Angaben über die Anzahl Plätze. 17 der 24 Institutionen gaben als wichtigsten theoretischen Bezug sozialtherapeutische Konzepte an. Drei weitere Einrichtungen bezogen sich auf einen milieuthérapeutischen Ansatz, während die übrigen vier sich auf den sozialpädagogischen, den psychologischen oder den spirituellen Ansatz verteilten. Dennoch wiesen 19 der 24 Therapieinstitutionen eine oder mehrere der folgenden psychotherapeutischen Methoden als Schwerpunkt auf: tiefenpsychologisch/psychoanalytische, humanistische, verhaltenstherapeutisch/kognitive oder systemisch/familientherapeutische Methoden.

6.3.3. Instrumente und Operationalisierungen

Es wurden folgende Instrumente benutzt: bei Eintritt in die Therapie der Fragebogen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS (KOFOS, 1999); zur Erhebung der Therapiezufriedenheit der Client Satisfaction Questionnaire CSQ (Attkisson & Zwick, 1983) sowie der Fragebogen Klientenbefragung zur Suchtbehandlung KLBS (Wettach et al., 1997); das Modulare Instrument zur Deskription von Suchtbehandlung MIDES (Schaaf et al., 1997; Wettach et al., 1997) für die Behandlungs- und Institutionsmerkmale; die Checkliste Burnout-Merkmale CBM zur Erfassung der Belastetheit der Mitarbeiter/innen (Körkel et al., 1995). Folgende Variablen und Operationalisierungen wurden verwendet.

1. Das Alter in Jahren wurde erhoben (FOS Eintrittsbogen).
2. Das Geschlecht wurde erfasst (FOS Eintrittsbogen).
3. Die *globale Zufriedenheit* wurde mit der aus acht Fragen bestehenden Kurzform des CSQ (Attkisson & Zwick, 1983) erhoben. Die deutsche Übersetzung stand zur Verfügung (ZUF8, siehe dazu Schmidt, Lamprecht & Witt-

mann, 1989) und bestand aus Fragen wie "Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?", welche auf einer vierstufigen Skala – im Beispiel aus den Kategorien "eindeutig nicht" (Wert 1), "eigentlich nicht" (2), "im Allgemeinen ja" (3) und "eindeutig ja" (4) bestehend – beantwortet werden konnten. Die durch Summierung der Antwortwerte gebildete Skala mit einem Minimum von 8 und einem Maximum von 32 Punkten wies in der vorliegenden Stichprobe eine hohe Reliabilität auf (Cronbachs $\alpha = .874$, $n = 262$). Der Mittelwert lag bei 25.4 Punkten, der Wert der höchsten Zufriedenheit betrug 32 und der Tiefstwert 11 Punkte.

Die *spezifische Zufriedenheit* wurde mit dem KLIBS erhoben (Wettach et al., 1997). Dieser umfasste neben weiteren Items acht Fragen zur Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Therapie. Diese wurden sowohl bezogen auf den ganzen Zeitraum der Therapie als auch bezogen nur auf die letzte Woche vor der Befragung gestellt. Die Klient/innen konnten auf einer sechsstufigen Skala mit den Antwortkategorien "sehr zufrieden" (Wert 5), "zufrieden" (4), "eher zufrieden" (3), "eher unzufrieden" (2), "unzufrieden" (1) und "sehr unzufrieden" (0) antworten. Folgende konkrete Fragen wurden gestellt.

4. Wie zufrieden sind Sie mit der Einrichtung im allgemeinen (Wohnraum, Ausstattung, Essen, ...)?
5. Sind Sie mit der allgemeinen Betreuung in dieser Einrichtung zufrieden?
6. Wie zufrieden sind Sie mit der persönlichen Betreuung?
7. Wie zufrieden sind Sie bisher mit der Einzeltherapie in dieser Einrichtung (Einzelgespräche, individuelle Therapie,...)?
8. Sind Sie bisher mit der Gruppentherapie in dieser Einrichtung zufrieden (Gruppengespräche,...)?
9. Wie ist Ihre Zufriedenheit mit dem Arbeitsbereich in dieser Institution?
10. Sind Sie mit dem Umgang und den Kontakten mit den anderen Klient/innen zufrieden?
11. Falls Sie medizinische Behandlung in Anspruch genommen haben: Wie zufrieden waren Sie mit dieser?

Die Erhebung der Informationen über das Therapieprogramm selbst fand mit dem MIDES statt (Schaaf et al., 1997; Wettach et al., 1997). Eine ausführlichere Beschreibung dieses Fragebogens ist in Kapitel 3.3. zu finden. Die folgenden Messungen und Operationalisierungen wurden durchgeführt.

12. Die Grösse der Einrichtung anhand der Anzahl Plätze für Klient/innen.
13. Das Alter der Therapieinstitution in Jahren.

-
14. Die Inanspruchnahme von externer Organisationsberatung innerhalb der vergangenen fünf Jahre (0 für "nein", 1 für "ja").
 15. Die weltanschauliche Ausrichtung. Die Ausprägung 1 bedeutet eine säkulare Ausrichtung, die Ausprägung 0 eine spirituelle Ausrichtung.
 16. Die geographische Nähe zu einer Drogenszene (0 für "nein", 1 für "ja").
 17. Die Auslastung der Therapieeinrichtung in der zweiten Hälfte des Jahres vor der Befragung in Prozent. Die Auslastung wurde anhand der Division der Summe der tatsächlichen Aufenthaltstage im Beobachtungszeitraum durch die maximal möglichen Aufenthaltstage bestimmt.
 18. Den Klient/innen ist Alkoholkonsum während der Therapie erlaubt (0 für "nein", 1 für "ja").
 19. Den Klient/innen ist sowohl der Konsum von Alkohol wie auch von Nikotin während der Therapie verboten (0 für "nein", 1 für "ja").
 20. Es existiert eine schriftlich festgehaltene Hausordnung (0 für "nein", 1 für "ja").
 21. Die Regeln bezüglich Sanktionskriterien und Sanktionsmassnahmen sind schriftlich festgehalten (0 für "nein", 1 für "ja").
 22. Wenn die Institution als Schwerpunkt entweder tiefenpsychologische, humanistische, verhaltenstherapeutisch/kognitive oder systemische Therapieelemente anwendete, so wurde die Variable Psychotherapie als Schwerpunkt mit 1 kodiert, andernfalls mit 0.
 23. Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht möglich (0 für "nein", 1 für "ja").
 24. Die Wichtigkeit von *Einzeltherapie* im Angebot wurde von der Therapieeinrichtung für die Phasen "zu Beginn der Therapie", "während der Therapie" und "gegen Ende der Therapie" jeweils einzeln mit "kein Angebot" (Wert 0), "nicht wichtig" (1), "weniger wichtig" (2), "wichtig" (3) oder "sehr wichtig" (4) bewertet. Für die Analyse wurde der Durchschnitt der drei Bewertungen verwendet.
 25. Die Variable Wichtigkeit von *Gruppentherapie* wurde analog zu Punkt 24 gebildet.
 26. Die Variable Wichtigkeit von *Paar- und/oder Familientherapie* wurde analog zu Punkt 24 gebildet.
 27. Die Variable Wichtigkeit von *Arbeitstherapie* wurde analog zu Punkt 24 gebildet.
 28. Fernsehen und Musikhören sind während der Therapie verboten (0 für "nein", 1 für "ja").

29. Die vorhandenen personellen Ressourcen pro Klientenplatz wurden bestimmt durch die Summe der Stellenprozente aller Mitarbeiter/innen einer Therapieeinrichtung geteilt durch die Anzahl Klientenplätze.
30. Die personellen Ressourcen im Bereich *Therapie* der Einrichtung wurden analog zu Punkt 29 berechnet, jedoch wurden nur Stellenprozente von Mitarbeiter/innen berücksichtigt, die im Bereich Therapie arbeiteten.
31. Die personellen Ressourcen im Bereich *Arbeit / Beschäftigung* der Einrichtung wurden analog zu Punkt 29 berechnet, jedoch wurden nur Stellenprozente von Mitarbeiter/innen berücksichtigt, die im Bereich Arbeit beschäftigt waren.
32. Die berufliche Erfahrung im Suchtbereich wurde durch die durchschnittliche Anzahl Jahre, die die Mitarbeiter/innen einer Therapieeinrichtung bereits mit Suchtbereich tätig waren, bestimmt.
33. Die Erfahrung des Personals in der Therapieeinrichtung wurde anhand der durchschnittlichen Anzahl Jahre, die die Mitarbeiter/innen bereits in der Therapieeinrichtung angestellt waren, berechnet.
34. Durchführung von obligatorisch zu besuchender Supervision mit dem therapeutischen Personal (0 für "nein", 1 für "ja").
35. Das Niveau des "Ausgebranntseins" des Teams einer Einrichtung wurde mit dem Instrument Checkliste Burnout-Merkmale CBM (Körkel et al., 1995) bei den einzelnen Mitarbeiter/innen erhoben (siehe Kapitel 5.). Der Durchschnitt des Burnout-Gesamt-Score der Mitarbeiter/innen einer Einrichtung, welcher von 0 bis 125 Punkte reichen konnte, wurde für die hierarchische Analyse verwendet.

6.3.4. Datenerhebung

Die Erhebung der Informationen über die Klient/innen fand zu zwei verschiedenen Zeitpunkten statt: bei Eintritt und an einem Stichtag während der Therapie. Bei Eintritt in die Behandlung wurde von einem/einer Mitarbeiter/in der Therapieeinrichtung innerhalb der ersten zwei Wochen ein strukturiertes Interview durchgeführt.

Die Erfassung der Therapiezufriedenheit der Klient/innen fand während der Behandlung statt. Die Klient/innen erhielten etwa einen Monat vor der Befragung ein Informationsblatt, in welchem die wichtigsten Aspekte der Befragung erklärt wurden, insbesondere auch der Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme (siehe Anhang C). Mit der Durchführung der Befragungen waren zwei Studentinnen der Psychologie betraut, welche an der Forschungsstelle im Rahmen

eines Forschungspraktikums angestellt waren. Sie wurden von der langjährigen Leiterin des Interviewbereichs, die ebenfalls Befragungen durchführte, geschult und anfangs begleitet. Am vereinbarten Stichtag ging eine der Praktikantinnen der Forschungsstelle mit den Fragebogen in die Therapieeinrichtung. Bei besonders vielen Teilnehmer/innen waren zwei Forschungspraktikantinnen zugegen, in diesem Fall wurde in zwei Gruppen vorgegangen. Die Klient/innen versammelten sich in einem genügend grossen Raum, in dem zwischen zwei Befragten jeweils ein Platz frei blieb. Es wurde besonders darauf geachtet, dass keine Mitarbeiter/innen der Therapieeinrichtung zugegen waren, um Verzerrungen durch soziale Beeinflussung weitestgehend auszuschliessen. Die Klient/innen erhielten zunächst den Bogen mit der globalen Zufriedenheit, welchen sie einzeln und selbständig, aber unter Aufsicht der Forschungsmitarbeiterin ausfüllten. Nachdem sie diesen ausgefüllt hatten, bekamen sie den zweiten Fragebogen ausgehändigt, welcher die spezifische Zufriedenheit zum Inhalt hatte. Die Befragungen dauerten etwa eine Stunde, danach nahm die Mitarbeiterin der Forschungsstelle die Fragebogen wieder mit.

Die Erhebung der Informationen zur Struktur der Therapieeinrichtungen wurde bereits in Kapitel 3.3. beschrieben. Alle in diese Untersuchung aufgenommenen Institutionen füllten den MIDES im Frühjahr 1998 aus. Die Merkmale der Befragung der Mitarbeiter/innen zu ihrer Belastetheit durch die Arbeit (Burnout-Syndrom) ist in Kapitel 5.3. nachzulesen.

6.3.5. Auswertungsmethoden

Die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Institutionsmerkmalen und der Therapiezufriedenheit der Klient/innen erfolgte anhand von Hierarchisch Linearen Modellen (HLM), auch Mehrebenenanalysen genannt. Die Ausführungen zu dieser Analyseverfahren wie auch zu den Unterschieds- und Zusammenhangstests sind in Kapitel 2. zu finden.

6.4. Ergebnisse

Das Kapitel 6.4. ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Abschnitt werden die demographischen Angaben und die Aufenthaltsdauer der Klient/innen dargestellt. Der zweite Abschnitt handelt von der globalen und der spezifischen Therapiezufriedenheit sowie von deren Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer. Dem Einfluss von Behandlungs- und Institutionsmerkmalen auf die Therapiezufriedenheit der Klientele wird im dritten Teil nachgegangen.

Die Männer stellten die grosse Mehrheit in der Stichprobe dar. Vier von fünf der 274 befragten Klient/innen waren männlichen Geschlechts (n= 219, 80%). Die Alterskategorie zwischen 20 und 29 Jahren bildete die grösste Gruppe: Etwa drei von fünf Befragten waren zum Zeitpunkt der Befragung in diesem Alter (Abbildung 6.1.). Die 30-34-jährigen stellten in der Stichprobe mit 73 Klient/innen beziehungsweise gut einem Viertel ebenfalls eine grössere Altersgruppe dar. Nur 4% der Befragten waren unter 20 Jahren alt und über 40 Jahre waren lediglich 3%.

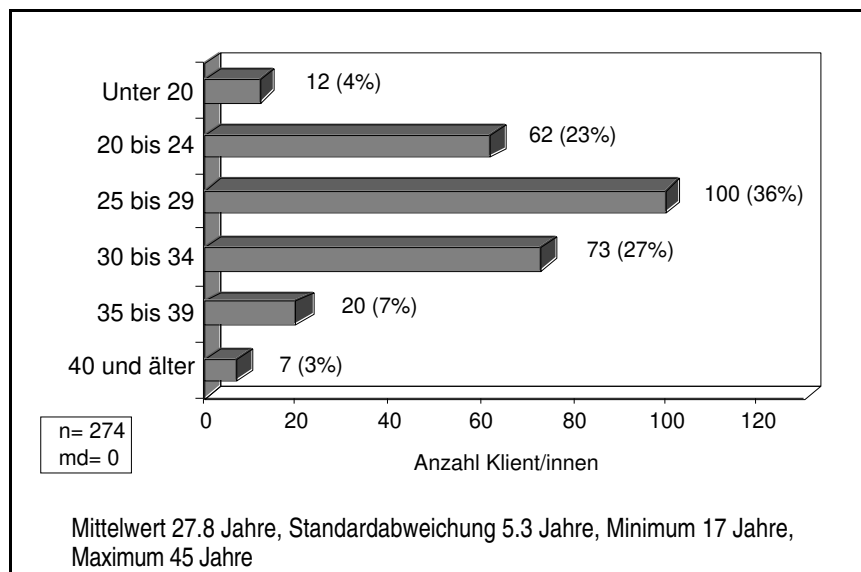


Abbildung 6.1. Alter der Klient/innen zum Zeitpunkt der Befragung

Zum Zeitpunkt der Befragung befand sich die Hälfte der Klient/innen weniger als ein halbes Jahr in der Behandlung (Abbildung 6.2.). Eine/einer von vier Klient/innen war beim Interview zwischen sechs und elf Monaten in der Therapie. Das heisst, dass sich drei Viertel der Befragten weniger als ein Jahr in der Institution aufhielten, als die Therapiezufriedenheit erhoben wurde. Der Anteil an Befragten, die länger als ein Jahr behandelt wurden, betrug 25%. Davon wies nur ein geringer Teil eine Aufenthaltsdauer von zwei Jahren und länger auf.

Diese Zahlen zeigten, dass eine grosse Mehrheit der Klient/innen sich bereits genügend lange in der Therapie aufgehalten hatte, um eine auf konkreten Erfahrungen basierende Zufriedenheit zu entwickeln. Andererseits wurde auch ersichtlich, dass sich die Beurteilungen der Befragten auf sehr unterschiedlich lange Zeiträume bezogen.

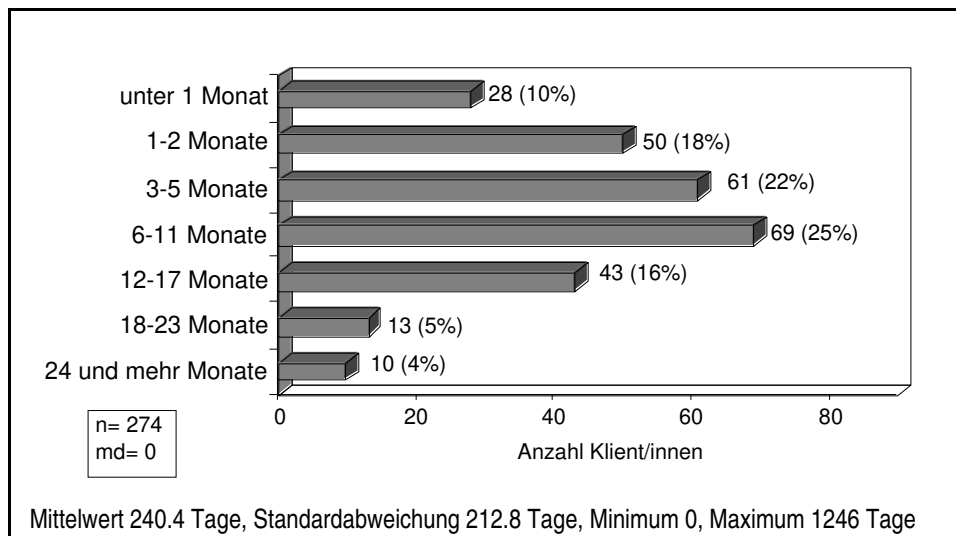


Abbildung 6.2. Aufenthaltsdauer in der Therapie zum Zeitpunkt der Befragung zur Therapiezufriedenheit

Die Darstellung der Therapiezufriedenheit der Klient/innen erfolgt in drei Teilen. Erstens wird die globale Zufriedenheit anhand der deutschen Version des Client Satisfaction Questionnaire CSQ besprochen. Im zweiten Abschnitt steht die spezifische Zufriedenheit zu acht Bereichen der Therapie im Zentrum. Der dritte Teil handelt vom Zusammenhang der Aufenthaltsdauer mit der globalen und der spezifischen Zufriedenheit.

Die *globale Zufriedenheit* der Klientele während der Therapie war als hoch zu bezeichnen. Anhand der von acht bis 32 Punkten reichenden Skala des CSQ ergab sich ein Durchschnitt von gut 25 Punkten, wobei das Minimum bei elf und das Maximum bei 32 Punkten lag (Abbildung 6.3.). Die Einteilung dieser Punkte-Skala in sechs Kategorien zeigte, dass die Antworten der Hälfte der Klient/innen zur zweithöchsten Stufe – "zufrieden" – zugeteilt werden konnten. Der Anteil in der höchsten Stufe "sehr zufrieden" betrug 13% der Befragten. Lediglich 19 Klient/innen beziehungsweise 8% gaben an, dass sie mit der Therapie "eher unzufrieden" beziehungsweise "unzufrieden" waren. Das Geschlecht wies einen Zusammenhang mit der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen auf: Die Mittelwerte von Männern (25.1) und Frauen (26.4) unterschieden sich signifikant voneinander – Frauen waren leicht zufriedener als Männer (T-Wert 2.30, $n_{\text{Männer}} = 209$, $n_{\text{Frauen}} = 53$, 260 Freiheitsgrade, $p \leq .05$). Hingegen konnte keine signifikante Korrelation zwischen dem Alter und der globalen Zufriedenheit gefunden werden ($r = .239$, $n = 262$).

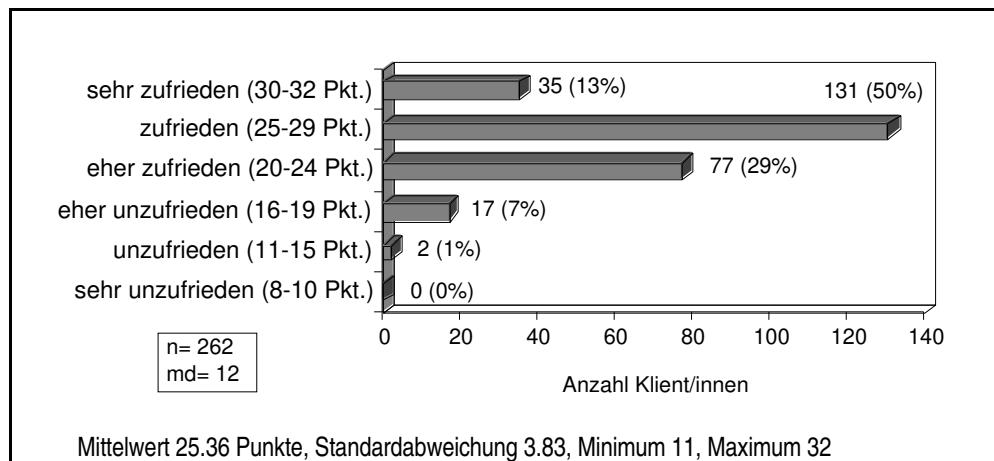


Abbildung 6.3. Globale Zufriedenheit der Klient/innen mit der Therapie (CSQ/ZUF8)

Die *spezifische Zufriedenheit* umfasste acht verschiedene Bereiche, die von den Klient/innen jeweils in Bezug auf die gesamte Therapiezeit sowie auf die gerade vergangene Woche beurteilt wurden. Die sechs Antwortmöglichkeiten erstreckten sich von "sehr zufrieden" mit dem Wert 5, "zufrieden" (4) und "eher zufrieden" (3) zu "eher unzufrieden" (2), "unzufrieden" (1) bis zu "sehr unzufrieden" mit dem Wert 0. Die Verteilung der Antworten der Klient/innen sowie die Mittelwertsvergleiche der auf die unterschiedlichen Zeiträume bezogenen Zufriedenheit sind in Tabelle 6.2. zusammengestellt. Die Abbildung 6.4. zeigt eine graphische Aufbereitung der durchschnittlichen Zufriedenheitswerte aus Tabelle 6.2.

Insgesamt waren die Klient/innen auch mit den einzelnen untersuchten Bereichen der Therapie zufrieden. Die durchschnittliche, *spezifische Zufriedenheit* hinsichtlich der *gesamten Therapiezeit* bewegte sich zwischen 3.41 in Bezug auf die medizinische Betreuung und 3.82 hinsichtlich der persönlichen Betreuung, also zwischen den Antwortkategorien "eher zufrieden" und "zufrieden" (Tabelle 6.2., Abbildung 6.4.). Diese Werte lagen in einem ähnlichen Bereich wie die globale Zufriedenheit, deren Durchschnitt, auf eine entsprechende Skala umgerechnet, 3.62 Punkte betrug.

Die spezifische Zufriedenheit bezüglich der *Woche vor der Befragung* war tiefer als die spezifische Zufriedenheit über den gesamten Zeitraum der Therapie und reichte von 3.25 beim Bereich "Gruppentherapie beziehungsweise -gespräche" bis 3.57 bei der Zufriedenheit mit der Einrichtung allgemein, also ebenfalls zwischen "eher zufrieden" und "zufrieden" (Abbildung 6.4.). In beinahe allen Bereichen war die Zufriedenheit bezüglich der letzten Woche vor der Befragung signifikant tiefer als bezüglich des gesamten Therapiezeitraums (Tabelle 6.2.). Eine Ausnahme bildete die Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung: Die Beurteilung der letzten Woche vor der Befragung war höher als diejenige der gesamten Therapiezeit. Zudem waren die Standardabweichungen der

Tabelle 6.2. Spezifische Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Therapie, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Behandlung sowie auf die letzte Woche vor der Befragung

Spezifische Zufriedenheit	Zeit- raum		s. un- zufr. (0)	un- zufr. (1)	eher unzfr. (2)	eher zufr. (3)	zu- frd. (4)	sehr zufr. (5)	Total	md	mean	sd	Signifi- kanz ^{a)}
Zufriedenheit mit der Einrichtung allgemein	gesamt	n	11	5	15	44	123	74	272	2	3.78	1.19	p≤.001 n=270
		%	4.0	1.8	5.5	16.2	45.2	27.2	100%				
	Woche	n	7	16	28	36	134	51	272	2	3.57	1.22	
		%	2.6	5.9	10.3	13.2	49.3	18.8	100%				
Zufriedenheit mit der allgemeinen Betreuung	gesamt	n	0	8	16	54	157	37	272	2	3.73	0.87	p≤.001 n=268
		%	0.0	2.9	5.9	19.9	57.7	13.6	100%				
	Woche	n	17	16	34	35	136	32	270	4	3.31	1.35	
		%	6.3	5.9	12.6	13.0	50.4	11.9	100%				
Zufriedenheit mit der persönlichen Betreuung	gesamt	n	1	7	27	40	124	70	269	5	3.82	1.04	p≤.001 n=263
		%	.4	2.6	10.0	14.9	46.1	26.0	100%				
	Woche	n	11	27	21	57	110	40	266	8	3.31	1.34	
		%	4.1	10.2	7.9	21.4	41.4	15.0	100%				
Zufriedenheit mit Einzeltherapie bzw. -gesprächen	gesamt	n	10	8	25	31	117	69	260	14	3.71	1.26	p≤.001 n=253
		%	3.8	3.1	9.6	11.9	45.0	26.5	100%				
	Woche	n	15	23	28	29	103	57	255	19	3.38	1.47	
		%	5.9	9.0	11.0	11.4	40.4	22.4	100%				
Zufriedenheit mit Gruppentherapie bzw. -gesprächen	gesamt	n	2	19	32	53	125	36	267	7	3.45	1.13	p≤.05 n=262
		%	.7	7.1	12.0	19.9	46.8	13.5	100%				
	Woche	n	12	27	24	53	118	31	265	9	3.25	1.33	
		%	4.5	10.2	9.1	20.0	44.5	11.7	100%				
Zufriedenheit mit dem Arbeitsbereich	gesamt	n	4	15	22	57	102	70	270	4	3.66	1.19	p≤.05 n=264
		%	1.5	5.6	8.1	21.1	37.8	25.9	100%				
	Woche	n	12	18	29	40	107	61	267	7	3.48	1.37	
		%	4.5	6.7	10.9	15.0	40.1	22.8	100%				
Zufriedenheit mit dem Kontakt mit anderen Klient/innen	gesamt	n	3	5	22	45	154	39	268	6	3.71	0.95	p≤.001 n=264
		%	1.1	1.9	8.2	16.8	57.5	14.6	100%				
	Woche	n	8	16	34	42	120	46	266	8	3.46	1.26	
		%	3.0	6.0	12.8	15.8	45.1	17.3	100%				
Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung	gesamt	n	10	13	28	36	94	41	222	-	3.41	1.33	nicht be- rechnet ^{b)}
		%	4.5	5.9	12.6	16.2	42.3	18.5	100%				
	Woche	n	5	8	12	10	44	31	110	-	3.57	1.42	
		%	4.5	7.3	10.9	9.1	40.0	28.2	100%				

md= missing data; mean= Mittelwert; sd= Standardabweichung

^{a)} Mittelwertsvergleich mit dem T-Test für gepaarte Stichproben

^{b)} Da nur die Hälfte der Klient/innen in der Woche vor der Befragung eine ärztliche Behandlung erhielt, wurde wegen der unterschiedlichen Fallzahlen kein Mittelwertsvergleich durchgeführt.

Zufriedenheitswerte der Woche vor der Befragung höher als diejenigen über die gesamte Zeit hinweg (Tabelle 6.2.). Dies deutete darauf hin, dass die Klient/innen sich hinsichtlich der Zufriedenheit bezogen auf die letzte Woche stärker untereinander unterschieden als bei der Zufriedenheit mit der gesamten Therapiezeit.

Die höchste durchschnittliche Zufriedenheit war mit dem Bereich "persönliche Betreuung" mit über 3.82 Punkten festzustellen (Abbildung 6.4.). Dies entsprach der Kategorie "zufrieden", die den Wert 4 aufwies. Jedoch be-

stand ein grösserer, signifikanter Unterschied zwischen der Zufriedenheit über die gesamte Therapie hinweg gesehen und jener bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung ($p \leq .001$, Tabelle 6.2.). Dieser Unterschied zeigte sich auch darin, dass im Hinblick auf die gesamte Therapiezeit lediglich eine Person mit der persönlichen Betreuung sehr unzufrieden war sowie sieben Befragte unzufrieden waren (.4% respektive 3%); in Bezug auf die letzte Woche waren hingegen 11 Klient/innen mit diesem Bereich sehr unzufrieden und 27 unzufrieden, was 4% beziehungsweise 10% der Interviewten entsprach (Tabelle 6.2.). Die Zufriedenheit mit der allgemeinen Betreuung, in Bezug auf die gesamte Zeit, war mit einem Mittelwert von 3.73 ebenfalls hoch (Abbildung 6.4.). Auch hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zur Zufriedenheit bezogen auf die vergangene Woche, bei der sich ein Mittelwert von 3.31 ergab ($p \leq .001$, Tabelle 6.2.).

Der Bereich "Gruppentherapie beziehungsweise -gespräche" erhielt bezogen auf die gesamte Therapie mit durchschnittlich 3.45 Punkten den zweittiefsten Zufriedenheitswert, mit 3.25 Punkten bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung sogar die tiefste Bewertung aller Bereiche (Abbildung 6.4.). Insgesamt

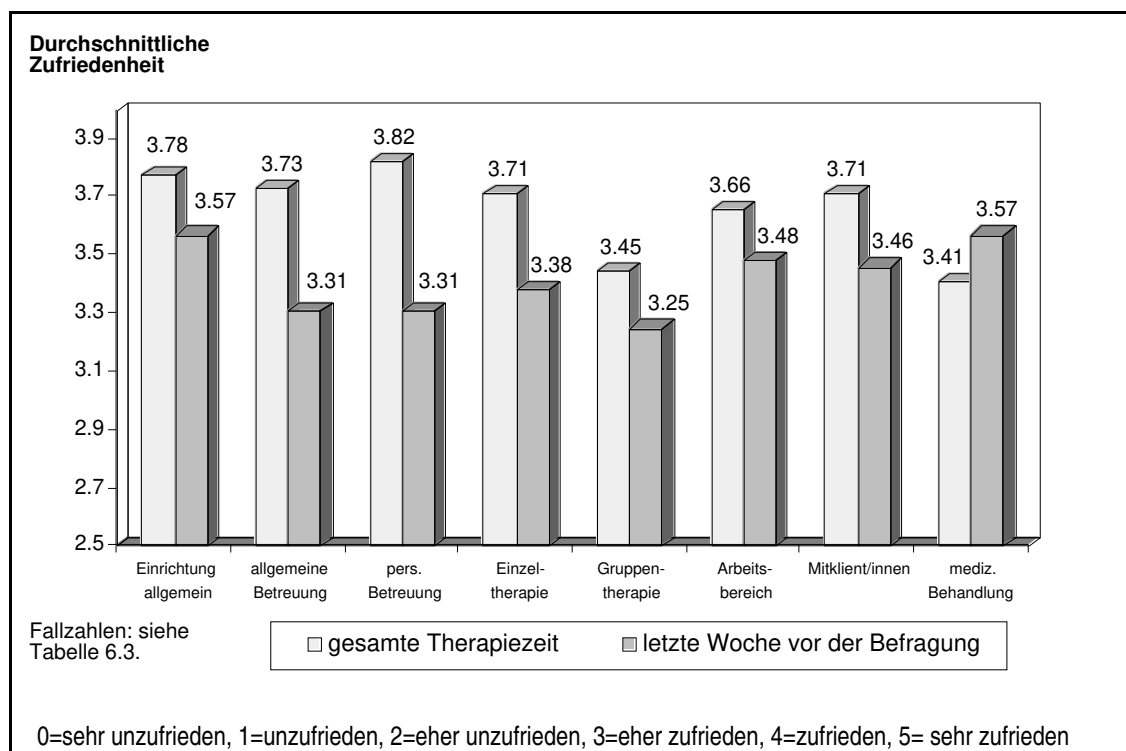


Abbildung 6.4. Spezifische Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Therapie, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Behandlung sowie auf die letzte Woche vor der Befragung

war jeder/jede Fünfte mit der Gruppentherapie respektive den Gruppengesprächen nicht zufrieden: 12% waren eher unzufrieden, 7% bezeichneten sich als unzufrieden und 1% beziehungsweise zwei Befragte gaben an, sehr unzufrieden

zu sein (Tabelle 6.2.). Die Anzahl der Unzufriedenen erhöhte sich nochmals leicht, wenn die Frage hinsichtlich der letzten Woche anstatt für den gesamten Zeitraum gestellt wurde; dieser Unterschied war wiederum signifikant ($p \leq .05$).

Der Zusammenhang der spezifischen Zufriedenheit mit dem Geschlecht und dem Alter wurde ebenfalls geprüft. Es ergab sich bezogen auf beide Zeiträume bei keinem Bereich ein signifikanter Unterschied zwischen den Männern und den Frauen (T-Test für unabhängige Stichproben). Auch hinsichtlich des Alters konnte keine signifikante Korrelation mit der spezifischen Zufriedenheit gefunden werden.

Im Folgenden wurden die globale Zufriedenheit und die spezifische Zufriedenheit, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Therapie, *in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer* dargestellt. Die Aufenthaltsdauer wurde in sieben ungleich lange Abschnitte eingeteilt (Abbildung 6.2.). Die einzelnen Durchschnittswerte der Therapiezufriedenheit, abhängig von der Aufenthaltsdauer der Klient/innen, sind in Tabelle 6.3. aufgeführt. Zudem sind sie in den Abbildungen 6.5. und 6.6. graphisch dargestellt.

Es konnte keine signifikante Korrelation der *globalen Zufriedenheit* mit der Aufenthaltsdauer gefunden werden ($r = .038$; Tabelle 6.3.). Die globale Zufrie-

Tabelle 6.3. Globale und spezifische Zufriedenheit bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer

Aufenthaltsdauer	Durchschnittliche Zufriedenheit	Unter 1 Monat	1-2 Monate	3-5 Monate	6-11 Monate	12-17 Monate	18-23 Monate	24 und mehr Monate	n	md	Korrelation ^{a)}	Signifikanz
Globale Zufriedenheit	24.62	25.12	25.49	25.97	24.95	24.62	26.00		262	12	.038	n.s.
angepasste Skala ^{b)}	3.46	3.57	3.64	3.74	3.53	3.46	3.75					
Spezifische Zufriedenheit bezogen auf die gesamte Therapiezeit												
Einrichtung allgemein	3.78	3.78	3.68	3.97	3.56	4.08	3.70		272	2	.007	n.s.
Allgemeine Betreuung	3.78	3.74	3.67	3.90	3.56	3.69	3.60		272	2	-.052	n.s.
Persönliche Betreuung	3.96	3.74	3.87	3.82	3.65	3.85	4.20		269	5	.018	n.s.
Einzeltherapie, -gespr.	3.67	3.58	3.75	3.81	3.57	3.92	3.80		260	14	.045	n.s.
Gruppentherapie, -gs.	3.28	3.52	3.20	3.65	3.56	3.31	3.40		267	7	.050	n.s.
Arbeitsbereich	3.08	3.70	3.40	3.83	3.74	4.31	4.20		270	4	.194	$p \leq .01$
Mitklient/innen	4.00	3.69	3.53	3.75	3.67	4.08	3.50		268	6	-.001	n.s.
Mediz. Behandlung	3.64	3.31	3.20	3.56	3.53	3.33	3.57		222	52	.046	n.s.
n (aus Abbildung 6.2.)		28	50	61	69	43	13	10				

md= missing data; n.s.= nicht signifikant

a) Produkt-Moment Korrelationskoeffizient r

b) Globale Zufriedenheit, umgerechnet auf die entsprechende sechsstufige Skala von 0 bis 5 Punkten

denheit stieg in den ersten elf Monaten kontinuierlich leicht an, danach nahm sie wieder ein wenig ab (Abbildung 6.5.; umgerechnet auf die entsprechende sechsstufige Skala). Den höchsten Wert erreichte sie bei den Befragten, die län-

ger als zwei Jahre in der Behandlung verblieben sind, diese Gruppe bestand jedoch nur aus zehn Klient/innen.

Bei der *spezifischen Zufriedenheit*, die in acht verschiedene Bereiche unterteilt war, wurde lediglich eine signifikante Korrelation – zwischen der Aufenthaltsdauer und der Zufriedenheit mit dem Arbeitsbereich – gefunden; weitere signifikante Zusammenhänge ergaben sich hingegen nicht. Je länger sich die befragten Klient/innen in der Therapie befanden, desto zufriedener waren sie mit dem Arbeitsbereich der Einrichtung ($r = .194$; $p \leq .01$; Tabelle 6.3.). Aus der graphischen Darstellung in Abbildung 6.5. ist ersichtlich, dass die Zufriedenheit mit dem Arbeitsbereich im Vergleich zu den anderen Bereichen im ersten Monat der Behandlung mit knapp drei Punkten eher tief war. Klient/innen, die bereits mehr als einen Monat in der Therapie waren, zeigten danach klar höhere Zufriedenheitswerte. Am zufriedensten mit dem Arbeitsbereich waren Befragte, die sich länger als 18 Monate in der Behandlung aufhielten.

Im Vergleich zu den anderen Bereichen bewegte sich die Zufriedenheit mit der Gruppentherapie beziehungsweise den Gruppengesprächen auf tieferem

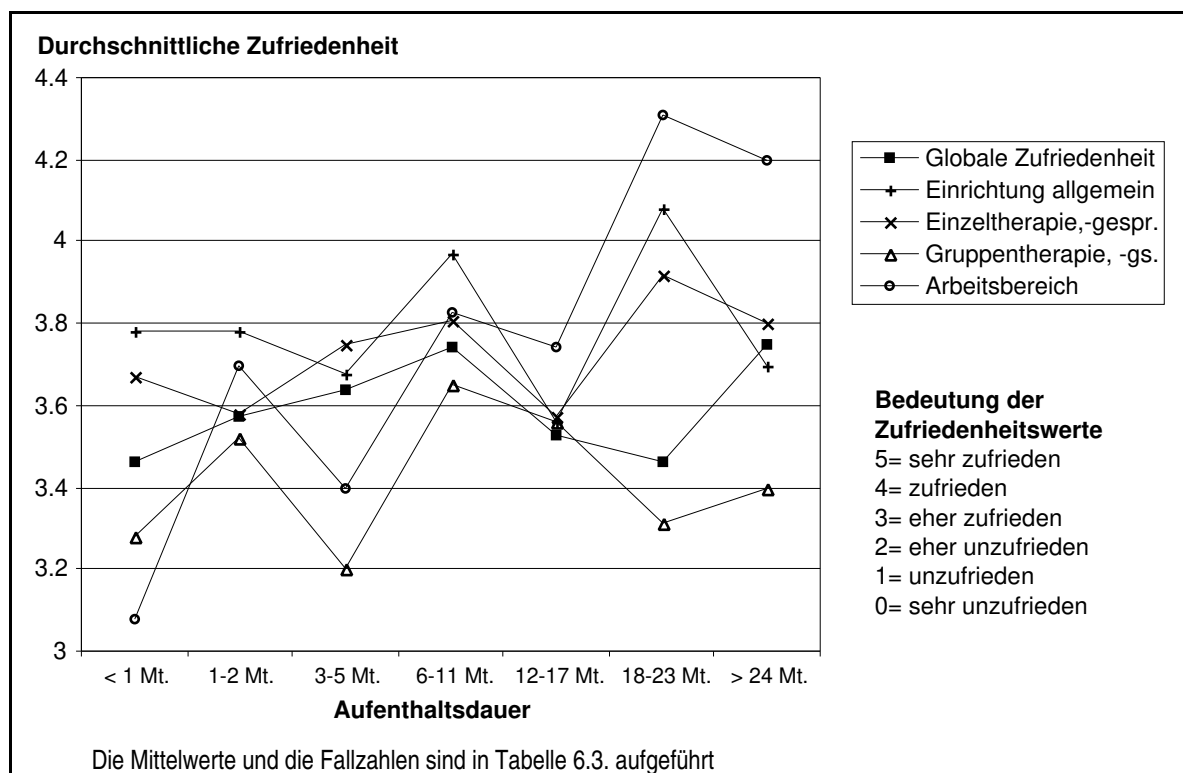


Abbildung 6.5. Globale und spezifische Zufriedenheit (Einrichtung allgemein, Einzeltherapie beziehungsweise -gespräche, Gruppentherapie beziehungsweise -gespräche, Arbeitsbereich) bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer

Niveau und war bei Befragten, die sich seit drei bis fünf Monaten in der Therapie befanden, am geringsten (Abbildung 6.5.). Bei Klient/innen, die bereits eine längere Aufenthaltsdauer aufwiesen, nahm die Zufriedenheit mit der Gruppentherapie beziehungsweise den Gruppengesprächen zunächst wieder zu, sank aber bei zunehmender Therapiedauer wieder leicht. Diese Schwankungen waren jedoch insgesamt betrachtet gering. Auch die Zufriedenheit mit der Einrichtung allgemein, der Einzeltherapie beziehungsweise den Einzelgesprächen, der allgemeinen Betreuung sowie der persönlichen Betreuung und dem Kontakt mit den Mitklient/innen wies bei Befragten mit verschiedener Therapiedauer keine wesentlichen Unterschiede auf (Tabelle 6.3., Abbildungen 6.5. und 6.6.). Als geringfügiger Trend fiel auf, dass die Zufriedenheit zwischen dem dritten und vierten Beobachtungszeitraum, also dem dritten und fünften Monat sowie dem zweiten Halbjahr, in beinahe allen Bereichen leicht anstieg, und danach im dritten Halbjahr wieder überall ein wenig sank. Aber auch diese Unterschiede waren sehr gering.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Kontakt mit den anderen Klient/innen fiel auf, dass die Werte nach mehr als 24 Monaten Aufenthaltsdauer klar tiefer waren als zwischen 18 und 23 Monaten, während bei der Zufriedenheit mit der persönlichen Betreuung genau der entgegengesetzte Trend zu beobachten war

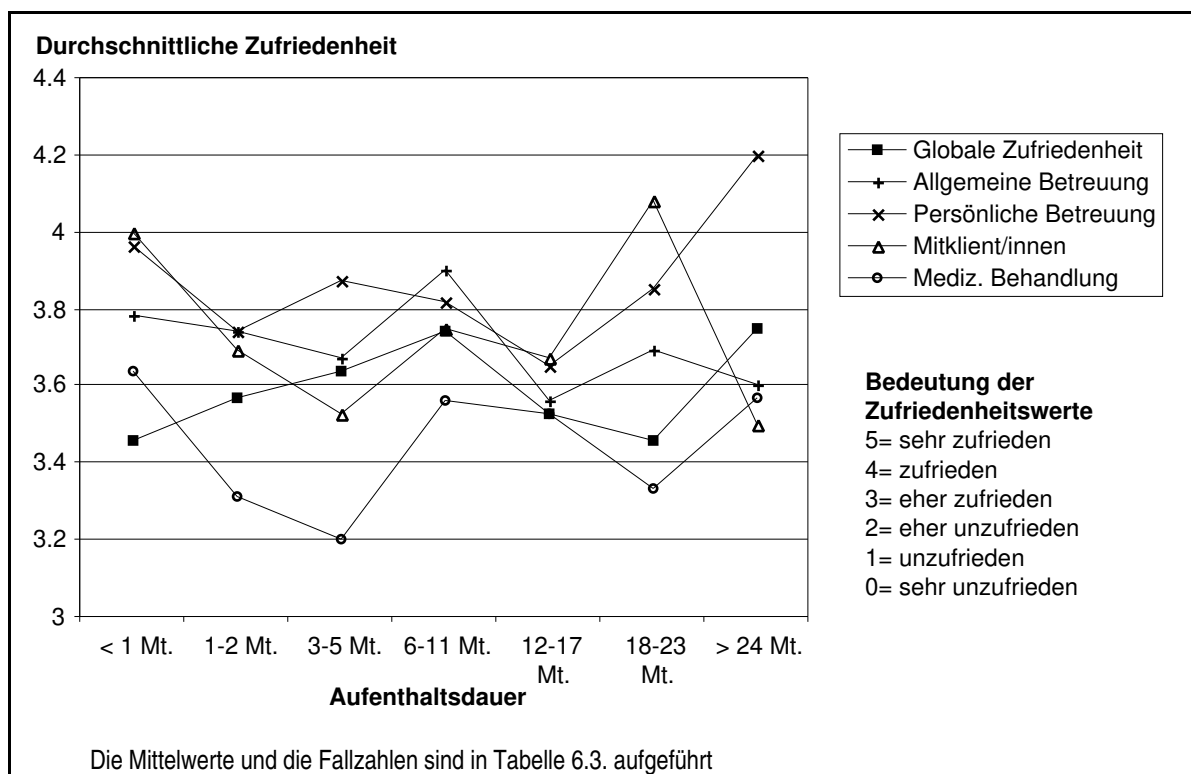


Abbildung 6.6. Globale und spezifische Zufriedenheit (allgemeine Betreuung, persönliche Betreuung, Mitklient/innen, medizinische Behandlung) bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer

(Abbildung 6.6.). Möglicherweise fand eine Distanzierung von den Mitklient/innen statt, die meistens weniger lange in der Therapie waren, und gleichzeitig verbesserte sich der Kontakt mit den persönlichen Betreuer/innen. Diese Durchschnittswerte beruhten indessen lediglich auf 13 beziehungsweise zehn Befragten und sind somit nur wenig zuverlässig.

Im Folgenden wird dargelegt, inwiefern die untersuchten Institutionsmerkmale einen Einfluss auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen zeitigten. Dazu wurde in einem ersten Schritt geprüft, ob die Institutionsebene insgesamt einen Teil der unterschiedlichen Zufriedenheitswerte der Klient/innen erklären konnte oder ob diese hauptsächlich auf individuelle Einflussfaktoren zurückzuführen waren. In einem zweiten Schritt sollte geprüft werden, welche spezifischen Institutions- und Behandlungsmerkmale einen Zusammenhang mit der globalen Zufriedenheit aufwiesen. Dabei wurden zunächst die Einrichtungsvariablen einzeln analysiert und danach die daraus resultierenden, relevanten Merkmale in einem Gesamtmodell zusammengefasst.

Die Tatsache, dass die Klient/innen in unterschiedlichen Therapieinstitutionen behandelt wurden, übte einen statistisch signifikanten Einfluss auf ihre globale Therapiezufriedenheit aus ($p \leq .001$; Tabelle 6.4.). Aus der Kalkulation der Varianzanteile ergab sich, dass 32%¹⁶ der Streuung der globalen Zufriedenheit auf die Institutionsebene zurückzuführen war, während die übrigen 68% der Streuung durch individuelle Faktoren zu erklären waren.

Tabelle 6.4. Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen (one-way ANOVA-Modell)

		Varianzkomponente	Standardabweichung	df	Chi-Quadrat	Signifikanz
Varianzkomponenten	Ebene Institutionen (U0)	4.949	2.225	21	120.947	$p \leq .001$
	Ebene Individuen (R)	10.577	3.252			
		Koeffizient	Standardfehler			
fixe Effekte	Durchschnitt der Zufriedenheit (Intercept B0)	25.387	.528			

df= Freiheitsgrade

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=257; missing data=12; Anzahl Institutionen: N=22

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .807

Je nach Therapieeinrichtung besass ein/e Klient/in eine unterschiedliche Wahrscheinlichkeit, eine hohe globale Zufriedenheit aufzuweisen. Die Reliabilität war mit .807 sehr hoch. Tabelle 6.5. spiegelt die durchschnittliche globale Therapie-

¹⁶ Berechnet als: $U0 / (U0 + R) = 4.949 / (4.949 + 10.577) = .319$

zufriedenheit der Klient/innen in den einzelnen Institutionen wider. Um die Anonymität der Einrichtungen sicherzustellen, wurden keine Fallzahlen angegeben. Gemäss den in Tabelle 6.5. aufgeführten Werten variierte die durchschnittliche globale Zufriedenheit je nach Institution zwischen 21 und 29 Punkten, wobei das Minimum der Skala selbst bei acht Punkten und das Maximum bei 32 Punkten lag.

Tabelle 6.5. Mittelwert der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen in den einzelnen Einrichtungen

Insti- tution	Mittelwert Zufriedenheit	Insti- tution	Mittelwert Zufriedenheit	Insti- tution	Mittelwert Zufriedenheit
A	23.7	I	25.4	P	24.1
B	26.8	J	20.5	Q	26.3
C	27.2	K	29.3	R	23.5
D	23.7	L	21.3	S	26.5
E	27.8	M	24.7	T	26.5
F	28.4	N	28.4	U	27.1
G	20.8	O	23.2	V	28.8
H	24.3				

Globale Therapiezufriedenheit (CSQ/ZUF8): acht (sehr unzufrieden) bis 32 Punkte (sehr zufrieden)

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen n=257; missing data=12; Anzahl Institutionen: N=22

Daraufhin konnte geprüft werden, welche institutionsspezifischen Merkmale einen Erklärungswert für die unterschiedliche Zufriedenheit der Klientele besaßen. Zunächst wurden der Zusammenhang der einzelnen Institutionsmerkmale einzeln berechnet (Tabellen 6.6. und 6.7.), danach wurden die daraus resultierenden signifikanten Variablen in einem Gesamtmodell analysiert (Tabellen 6.8. und 6.9.).

In Tabelle 6.6. ist der erste Teil der untersuchten Institutionsmerkmale aufgeführt: die Grundangaben der Einrichtung, die Abstinenzorientierung, die Restriktionen hinsichtlich Nikotin und Alkohol, die Angaben über allfällige schriftliche Regelungen und weitere spezifische Therapiemerkmale. Die Variablen wurden *einzel*n dahingehend analysiert, ob sie einen Einfluss auf die globale Zufriedenheit der Klientele ausübten.

Von den in Tabelle 6.6. untersuchten, institutionsspezifischen Charakteristika besaßen das Alter und die Grösse der Therapieeinrichtungen einen signifikanten Einfluss auf die globale Zufriedenheit der Klient/innen. Das Alter der Institution wies einen signifikanten Effekt auf: Der Beta-Koeffizient von $-.157$ bedeutet,

Tabelle 6.6. Teil 1: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klientele

	Institutionsmerkmal	Reliabilität ^{a)}	Beta-Koeffizient	Standardfehler	Erklärte Varianz ^{b)}	Signifikanz
Grundangaben	Grösse der Einrichtung (Anzahl Plätze)	.781	-.063	.034	15.2%	p≤.10
	Alter der Therapieeinrichtung (Jahre)	.757	-.157	.065	26.1%	p≤.05
	Säkulare weltanschauliche Ausrichtung (=1, spirituelle =0)	.815	.0655	1.672	-	n.s.
	Externe Beratung für die Therapieeinrichtung in den letzten 5 Jahren (=1, keine =0)	.801	2.045	1.591	-	n.s.
	Therapieeinrichtung in der Nähe einer Drogenszene (=1, keine =0)	.813	-1.005	1.422	-	n.s.
Auslastung	Auslastung der Therapieeinrichtung im 2. Halbjahr 1998 (Prozente)	.813	.022	.038	-	n.s.
Abstinenzorientierung	Alkoholkonsum erlaubt (=1, nicht erlaubt =0)	.804	1.981	1.521	-	n.s.
	Nikotin- und Alkoholkonsum verboten (=1, erlaubt =0)	.815	-.859	1.627	-	n.s.
Schriftliche Regelungen	Schriftliche Hausordnung (=1, keine =0)	.811	1.795	2.678	-	n.s.
	Schriftliche Regelung der Sanktionskriterien und -massnahmen (=1, keine =0)	.815	.400	1.225	-	n.s.
Therapie-merkmale	Psychotherapie als Schwerpunkt der Behandlung (=1, kein Schwerpunkt =0)	.816	.124	1.429	-	n.s.
	Individualisierung der Therapie in zeitlicher Hinsicht (=1, keine =0)	.810	-1.061	1.400	-	n.s.

Gesamtgruppe der Klient/innen n=257; missing data=12; Anzahl Institutionen: N=22

n.s. = nicht signifikant

^{a)} Reliabilität für Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen

^{b)} Durch dieses Merkmal aufgeklärter Anteil an der Varianzkomponente der Institutionsebene (U0=4.949). Diese wiederum klärte 31.9% der Gesamtvarianz der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen auf (Tabelle 6.4.).

dass mit jedem Altersjahr mehr die globale Zufriedenheit um .157 Punkte abnahm (p≤.05). Wenn also beispielsweise eine Institution 1970 gegründet wurde und somit bei der Befragung 29 Jahre alt war, so wiesen die Klient/innen statistisch gesehen eine um gut drei¹⁷ Punkte tiefere Zufriedenheit auf als die Befragten aus einer neun Jahre alten Institution mit Gründungsjahr 1990. Das Alter der Therapieeinrichtung konnte einen Viertel (26%; Tabelle 6.6.) des gesamten Varianzanteils der Institutionsebene erklären. Dieser wiederum betrug 32% der gesamten Varianz der Therapiezufriedenheit der Klient/innen (Tabelle 6.4.). Die Verrechnung dieser beiden Werte ergab, dass das Alter der Therapieeinrichtung insgesamt 8%¹⁸ der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen aufklärte.

¹⁷ Berechnet als: Altersunterschied mal Beta-Koeffizient = 20 mal -.157 = -3.14

¹⁸ Berechnet als: .261 mal .319 = .083

Die Grösse der Therapieeinrichtung übte einen marginal signifikanten Einfluss aus: Je mehr Klientenplätze eine Einrichtung aufwies, desto tiefer war die globale Zufriedenheit der Klient/innen ($p \leq .10$, Beta-Koeffizient $-.063$). Die Grösse erklärte 15% des Varianzanteils der Institutionsebene beziehungsweise 5%¹⁹ der Streuung der Klientenzufriedenheit.

Im Folgenden sind weitere Institutionsmerkmale wiedergegeben, die daraufhin geprüft wurden, ob sie einen Einfluss auf die globale Zufriedenheit der Klientele ausübten. Die Tabelle 6.7. umfasst die folgenden Merkmale: Therapieangebot, Einschränkungen von Musik und Fernsehen, personelle Ressourcen, Supervision mit dem therapeutischen Personal und den Burnout des Teams. Diese wurden wiederum einzeln in die Analyse einbezogen.

Vier Aspekte zeigten einen signifikanten Einfluss auf die globale Zufriedenheit: der Burnout des Teams, die Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Therapie, die Erfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich allgemein und die Wichtigkeit von Arbeitstherapie. Den insgesamt grössten Erklärungsanteil an der Therapiezufriedenheit der Klient/innen hatte der Burnout der Mitarbeiter/innen (Tabelle 6.7.). Dieses Merkmal erklärte 38% des Varianzanteils der Institutionsebene beziehungsweise 12%²⁰ der Streuung der globalen Therapiezufriedenheit ($p \leq .01$). Der Beta-Koeffizient von $-.277$ ist wie folgt zu interpretieren: Mit jedem zusätzlichen Punkt des durchschnittlichen Burnout des Einrichtungsteams nahm die Zufriedenheit der Klientele um $.277$ Punkte ab. Die Burnout-Skala reichte von 0 bis 125 Punkten. Die Klient/innen einer Einrichtung, in der beispielsweise ein tiefer durchschnittlicher Team-Burnout von 25 Punkten vorlag, zeigten demzufolge eine um 8 Punkte²¹ höhere Zufriedenheit, als die Befragten einer Institution, deren Mitarbeiter/innen einen mässigen durchschnittlichen Burnout von 55 aufwiesen. In Anbetracht des Wertebereichs der globalen Zufriedenheit von acht bis 32 Punkten wäre ein Unterschied von acht Punkten – also ein Drittel der Spannweite – als gross zu betrachten.

Die Anzahl Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Therapie hatte einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit der Klient/innen ($p \leq .05$, Beta-Koeffizient $-.069$, Tabelle 6.7.). Der Koeffizient wies darauf hin, dass mit jedem zusätzlichen Stellenprozent pro Platz im Bereich Therapie die globale Zufriedenheit der Klient/innen abnahm. Dieses Merkmal hatte 30% Aufklärungsanteil

¹⁹ Berechnet als: $.152 \text{ mal } .319 = .048$

²⁰ Berechnet als: $.384 \text{ mal } .319 = .122$

²¹ Berechnet als: $(55 - 25) \text{ mal } -.277 = 30 \text{ mal } -.277 = 8.31$

Tabelle 6.7. Teil 2: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klientele

	Institutionsmerkmal	Reliabilität ^{a)}	Beta-Koeffizient	Standardfehler	Erklärte Varianz ^{b)}	Signifikanz
Therapieangebot	Therapieangebot: Wichtigkeit von Einzeltherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.812	.318	.479	-	n.s.
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Gruppentherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.810	-.587	.804	-	n.s.
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Familientherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.815	.178	.404	-	n.s.
	Therapieangebot: Wichtigkeit von Arbeitstherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	.767	1.109	.525	21.8%	p≤.05
Einschränkung	Verbot von Fernsehen und Musik (=1, erlaubt =0)	.810	.822	1.081	-	n.s.
Personelle Ressourcen	Stellenprozente pro Klientenplatz	.806	-.017	.018	-	n.s.
	Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Therapie	.748	-.069	.029	29.7%	p≤.05
	Stellenprozente pro Klientenplatz im Bereich Arbeit	.816	-.005	.033	-	n.s.
	Durchschnittliche Anzahl Jahre Tätigkeit der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich allgemein	.755	.563	.223	27.3%	p≤.05
	Durchschnittliche Anzahl Anstellungsjahre der Mitarbeiter/innen in der Therapieeinrichtung	.813	-.181	.339	-	n.s.
Supervision	Obligatorische Supervision mit dem therapeutischen Personal (=1, keine =0)	.809	1.103	1.504	-	n.s.
Burnout	Burnout der Mitarbeiter/innen (0= kein, 125= sehr hoher Burnout)	.728	-.277	.083	38.4%	p≤.01

Gesamtgruppe der Klient/innen n=257; missing data=12; Anzahl Institutionen: N=22

n.s. = nicht signifikant

^{a)} Reliabilität für Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen

^{b)} Durch dieses Merkmal aufgeklärter Anteil an der Varianzkomponente der Institutionsebene (U0=4.949). Diese wiederum klärte 31.9% der Gesamtvarianz der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen auf (Tabelle 6.4.).

am Varianzanteil der Institutionsebene beziehungsweise 9%²² an der Gesamtstreuung der Therapiezufriedenheit der Klient/innen. Die durchschnittliche Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich war ebenfalls mit der Zufriedenheit der Klientele verknüpft (p≤.05, Beta-Koeffizient .563). Je mehr Jahre das Einrichtungsteam im Mittel bereits im Suchtbereich gearbeitet hatte, desto höher fiel die Zufriedenheit der Klient/innen dieser Institution aus. Dieses Merk-

²² Berechnet als: .297 mal .319 = .0947

mal erklärte 27% des Varianzanteils der Institutionsebene beziehungsweise 9%²³ der Streuung der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen. Als letztes Institutionscharakteristika wies die Wichtigkeit von Arbeitstherapie in der Behandlung einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit auf ($p \leq .05$, Beta-Koeffizient 1.109). Je wichtiger die Arbeitstherapie – auf einer Skala von null für "kein Angebot" bis vier für "sehr wichtig" – im Gesamtangebot der Einrichtung war, desto höher war die globale Zufriedenheit der Klient/innen. Der Beta-Koeffizient war wie folgt zu interpretieren: Die Klient/innen einer Einrichtung, in der die Arbeitstherapie als "weniger wichtig" angesehen wurde (Wert 2), waren um gut zwei Punkte²⁴ weniger zufrieden als die Befragten einer Institution, die die Arbeitstherapie mit "sehr wichtig" beurteilte (Wert 4). Die Wichtigkeit der Arbeitstherapie zeigte einen Aufklärungsanteil von 22% des Varianzanteils der Institutionsebene, was einem Erklärungsanteil von 7%²⁵ an der globalen Therapiezufriedenheit entsprach.

Da sich die Merkmale bei der hier verwendeten hierarchischen Analyseverfahren gegenseitig beeinflussen und nur bei gleichzeitiger Berechnung korrekt geschätzt werden, wurde ein Gesamtmodell mit den relevanten Institutionsvariablen gerechnet. Das Gesamtmodell 1, in welchem die sieben signifikanten Institutionsmerkmale nicht einzeln, wie in den obigen Analysen, sondern *gleichzeitig*

Tabelle 6.8. Gesamtmodell 1 des Einflusses von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen

Institutionsmerkmal	Beta-Koeffizient	Standardfehler	Signifikanz
Grösse der Einrichtung (Anzahl Plätze)	-.028	.027	n.s.
Alter der Therapieeinrichtung (Jahre)	-.045	.058	n.s.
Stellenprozent pro Klientenplatz im Bereich Therapie	-.032	.029	n.s.
Durchschnittliche Anzahl Jahre Tätigkeit der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich allgemein	.390	.220	$p \leq .10$
Therapieangebot: Wichtigkeit von Arbeitstherapie (0= kein Angebot bis 4= sehr wichtig)	-.224	.535	n.s.
Burnout der Mitarbeiter/innen (0= kein, 125= sehr hoher Burnout)	-.238	.073	$p \leq .01$

n.s.= nicht signifikant

Gesamtgruppe der untersuchten Klient/innen: $n = 257$; missing data= 12; Anzahl Institutionen: $N = 22$

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität 0.593;

Varianzkomponente 1.612; Standardabweichung 1.270; Chi-Quadrat 39.044; $df = 15$; $p \leq .001$

²³ Berechnet als: $.273 \text{ mal } .319 = .087$

²⁴ Berechnet als: $(4 - 2) \text{ mal } 1.109 = 2 \text{ mal } 1.109 = 2.218$

²⁵ Berechnet als: $.218 \text{ mal } .319 = .070$

einbezogen wurden, konnte insgesamt 67%²⁶ des Anteils der Institutionsebene an der globalen Zufriedenheit der Klient/innen erklären (Tabelle 6.8.). Da die Institutionsebene 32% Anteil aufwies, bedeutet dies, dass mit den sieben Variablen 22%²⁷ der Gesamtstreuung der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen bestimmt werden konnten. Im Gesamtmodell 1 waren indessen nur zwei Variablen signifikant: die Erfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich ($p \leq .10$) und die Burnout-Werte des Teams ($p \leq .01$, Tabelle 6.8.). Mit diesen zwei Institutionscharakteristika wurde deshalb das definitive Gesamtmodell 2 berechnet (Tabelle 6.9.).

Das Gesamtmodell 2 mit zwei Institutionsmerkmalen erklärte 60%²⁸ des Varianzanteils der Institutionen beziehungsweise 19%²⁹ der Gesamtstreuung der globalen Therapiezufriedenheit (Tabelle 6.9.). Der Einfluss des durchschnittlichen Burnout-Niveaus des Einrichtungsteams wies eine hohe Signifikanz auf ($p \leq .01$). Mit jedem zusätzlich Punkt auf der Burnout-Skala sank die globale Zufriedenheit der Klient/innen um gut einen Viertel Punkt (Beta-Koeffizient $-.262$). Da die Burnout-Skala von null bis 125 und die Zufriedenheit-Skala von acht bis 32 reichte, war dieser Einfluss als gross einzuschätzen. Die durchschnittliche Erfahrung der Mitarbeiter/innen einer Einrichtung im Suchtbereich wies im Gesamtmodell 2 ebenfalls einen hohen signifikanten Einfluss auf ($p \leq .01$). Die globale Zufriedenheit der Klientele einer Institution nahm pro Jahr durchschnittliche Erfahrung des Teams um gut einen halben Punkt zu (Beta-Koeffizient $.529$), was ebenfalls einem grösseren Einfluss entsprach.

Tabelle 6.9. Gesamtmodell 2 des Einflusses von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen

Institutionsmerkmal	Beta-Koeffizient	Standardfehler	Signifikanz
Durchschnittliche Anzahl Jahre Tätigkeit der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich allgemein	.529	.180	$p \leq .01$
Burnout der Mitarbeiter/innen (0= kein, 125= sehr hoher Burnout)	-.262	.073	$p \leq .01$

n.s.= nicht signifikant

Gesamtgruppe der Klient/innen: $n = 257$; missing data= 12; Anzahl Institutionen: $N = 22$

Random-Effekt auf Unterschiede zwischen den Institutionen: Reliabilität .641;

Varianzkomponente 1.995; Standardabweichung 1.412; Chi-Quadrat 60.241; $df=19$; $p \leq .001$

²⁶ Berechnet als: $U_0 - U_{0i} / U_0 = (4.949 - 1.612) / 4.949 = .674$

²⁷ Berechnet als: $.674 \text{ mal } .319 = .215$

²⁸ Berechnet als: $U_0 - U_{0i} / U_0 = (4.949 - 1.995) / 4.949 = .597$

²⁹ Berechnet als: $.597 \text{ mal } .319 = .190$

Das Gesamtmodell 2 erklärte 60% des Varianzanteils der Institutionsebene; die übrigen 40% dieses Varianzanteils blieben jedoch ungeklärt (Tabelle 6.9.). Dieser Anteil ist signifikant verschieden von null ($p \leq .001$), das heisst, diese Restvarianz könnte eventuell mit anderen Institutionsmerkmalen weiter aufgeklärt werden.

6.5. Diskussion

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zur Therapiezufriedenheit der Klient/innen diskutiert und mögliche Interpretationen sowie Einwände formuliert. Die methodischen Aspekte der Studie und deren Konsequenzen für die Interpretation der Resultate sind am Schluss dieses Teils wiedergegeben.

Die globale Zufriedenheit der befragten Klient/innen war hoch, ebenso die spezifische Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen der Therapie. Diese Ergebnisse deckten sich mit den anderen, referierten Untersuchungen (Herbst & Hanel, 1989; Cernovsky et al., 1997b; Chan et al., 1997; Keith, 1998). Von den acht Bereichen der spezifischen Zufriedenheit waren die Klient/innen mit der persönlichen Betreuung am zufriedensten; am wenigsten zufrieden waren sie mit der medizinischen Behandlung und der Gruppentherapie beziehungsweise den Gruppengesprächen – indessen waren diese Werte immer noch weit im positiven Bereich.

Im Gegensatz zu den anderen Studien (Cernovsky et al., 1997b; Chan et al., 1997) konnte in Bezug auf das Geschlecht ein Unterschied der durchschnittlichen globalen Zufriedenheit gefunden werden: Die Frauen wiesen leicht höhere Werte auf als die Männer, wobei dieses Ergebnis eine tiefe Signifikanz aufwies. Ein solcher Unterschied konnte jedoch bei keinem der acht Therapiebereiche der spezifischen Zufriedenheit gefunden werden, weder bei denen bezogen auf die gesamte Therapie noch bei denjenigen bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung. Es stellt sich deshalb die Frage, ob der Unterschied der globalen Zufriedenheit zwischen den Geschlechtern ein zufällig zustande gekommenes Resultat darstellte. Indessen wurde auch in Studien zur medizinischen Gesundheitsversorgung häufig berichtet, dass Frauen mit der Behandlung zufriedener waren als Männer (Pascoe, 1983).

Weil auf Grund der erwähnten Forschungsliteratur erwartet wurde, dass die Zufriedenheitswerte bezüglich der gesamten Therapiezeit eher hoch ausfallen, wurde die spezifische Zufriedenheit zusätzlich bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung erhoben. Während die Zufriedenheit der gesamten Therapiezeit womöglich nicht an konkreten Erlebnissen festgemacht würde, sondern eher der Wiedergabe einer überdauernden, stabilen Einstellung entsprechen könnte, wä-

re der Bezug auf die letzte Woche zusätzlich aufschlussreich, da die vergangenen sieben Tage lebhafter in Erinnerung wären und zudem während der Befragung möglicherweise ein neues Urteil gebildet würde (Sudman et al., 1996). Somit wäre die Beurteilung der Zufriedenheit "frischer" und würde weniger der Wiedergabe einer allgemeinen Einstellung entsprechen. Es wurde deshalb vermutet, dass diese Zufriedenheitswerte verschieden wären von denjenigen in Bezug auf die gesamte Therapiezeit.

Diese Vermutung wurde bestätigt. Die Zufriedenheit, bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung, war in sieben Bereichen der spezifischen Zufriedenheit signifikant tiefer als diejenige des gesamten Zeitraums, wobei die Ergebnisse bei fünf Bereichen eine hohe und bei zwei eine mittlere Zuverlässigkeit aufwiesen. Am meisten unterschieden sich die beiden Zufriedenheitswerte der persönlichen Betreuung, gefolgt von der Zufriedenheit mit der allgemeinen Betreuung. Wie sind diese Ergebnisse zu interpretieren? Da es sehr unwahrscheinlich wäre, wenn in allen 24 Einrichtungen genau in der Woche vor der Befragung aussergewöhnliche, negative Ereignisse stattgefunden hätten, ist eher anzunehmen, dass diese Unterschiede nicht durch spezielle Vorkommnisse kurz vor dem Interview zu erklären waren. Vielmehr schien dieser Unterschied stabil zu sein. Die Tatsachen, dass erstens bei der Zufriedenheit bezogen auf die letzte Woche zwischen den Klient/innen grössere Unterschiede auftraten, sowie zweitens diese Zufriedenheitsangaben tiefer waren als diejenigen der gesamten Therapiezeit, können dahin gehend gedeutet werden, dass diese Werte eine eigenständige Aussagekraft besaßen und dementsprechend berücksichtigt werden sollten.

Die Klient/innen waren zum Zeitpunkt der Befragung unterschiedlich lange in der Therapie. Die Analyse der globalen und der spezifischen Zufriedenheit in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer sollte Hinweise auf deren Verläufe geben. Indessen korrelierte die Aufenthaltsdauer weder mit der globalen noch mit den meisten Bereichen der spezifischen Zufriedenheit. Lediglich ein signifikanter Zusammenhang war zu beobachten: Je länger sich die befragten Klient/innen in der Therapie aufhielten, desto zufriedener waren sie mit dem Arbeitsbereich, wobei dieses Ergebnis eine mittlere Zuverlässigkeit aufwies. Die übrigen Werte der globalen und der spezifischen Zufriedenheit bewegten sich in einem eher engen Kanal, wenn sie in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer der Klient/innen betrachtet wurden.

Diese Ergebnisse deckten sich zwar mit denjenigen von Herbst und Hanel (1989), standen aber im Widerspruch zur Studie von Chan et al. (1997). Die vorliegende Studie ist indessen nur bedingt mit den anderen vergleichbar, da es sich um eine Querschnittsuntersuchung handelte und Klient/innen mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer zum selben Zeitpunkt befragt wurden. In der Studie von Herbst und Hanel (1989) wurden hingegen diesselben Personen zu ver-

schiedenen Zeitpunkten befragt, was ein genaueres Bild der Zufriedenheit im Ablauf einer Therapie ergab. Chan et al. (1997) wiederum befragten nach einem halben Jahr sowohl Klient/innen, die noch in der Therapie waren als auch solche, die die Behandlung abgebrochen hatten: Der gefundene Zusammenhang zwischen der Aufenthaltsdauer und der Zufriedenheit liess sich in der Folge als Effekt einer tieferen Zufriedenheit von Therapieabbrecher/innen interpretieren, welche aber in der vorliegenden Studie nicht befragt wurden.

Angesichts dieser Ergebnisse stellt sich die Frage, ob Klient/innen, die unzufriedener mit der Therapie waren, diese vorzeitig verlassen haben, sodass in der vorliegenden Stichprobe nur noch zufriedene Befragte enthalten waren. Mit dem hier angewendeten Querschnittsdesign liess sich diese Frage nicht beantworten. Es konnte indessen auch keine Therapiephase identifiziert werden, in welcher der Anteil an unzufriedenen Klient/innen besonders gross war und die somit als besonders abbruchgefährdet gelten müsste. Die von Seiten der Praxis manchmal postulierte, "in gewissen Phasen der stationären Therapie zwangsläufig auftretende Unzufriedenheit" der Klient/innen konnte nicht beobachtet werden. Vielmehr waren die Klient/innen im Mittel durchgehend zufrieden oder eher zufrieden.

Des Weiteren wurde geprüft, ob ausgewählte Institutionsmerkmale einen Zusammenhang mit der Zufriedenheit der jeweiligen Klientele aufwiesen. Es zeigte sich zunächst, dass die Institutionsebene insgesamt etwa einen Drittel der Streuung der globalen Zufriedenheit der Klient/innen erklärte; die übrigen zwei Drittel wären durch die individuelle Ebene – also durch Merkmale der Klient/innen selbst – zu bestimmen. Nach einer Einzelanalyse von 24 Institutionsmerkmalen konnte mit einem Gesamtmodell, bestehend aus zwei Variablen, 60% des Varianzanteils der Institutionsebene respektive knapp ein Fünftel der Gesamtstreuung der Therapiezufriedenheit der Klient/innen erklärt werden. Dies ist ein sehr hoher Anteil an durch die Institutionsebene aufgeklärter Varianz. Die restlichen, ungeklärten 40% des Varianzanteils der Institutionsebene waren indessen immer noch signifikant, das heisst, es gab noch weitere, jedoch nicht einbezogene Institutionsmerkmale, die einen Einfluss aufweisen würden.

Es zeigte sich, dass vor allem Teammerkmale die globale Zufriedenheit der Klient/innen beeinflussten. Demgegenüber hatten beispielsweise die untersuchten Elemente des Therapieangebotes oder bestimmte Einschränkungen der Klient/innen keinen Einfluss. Den stärksten Effekt wies das Burnout-Niveau – also das Gefühl des "Ausgebranntseins" – der Mitarbeiter/innen auf: Je höher der durchschnittliche Burnout-Gesamt-Score des Teams einer Institution war, desto unzufriedener waren deren Klient/innen.

Ebenfalls einen signifikanten Einfluss zeigte die Berufserfahrung: In einer Institution, in der die durchschnittliche Erfahrung der Mitarbeiter/innen im Suchtbereich grösser war, konnte eine höhere Therapiezufriedenheit der Klient/innen

beobachtet werden, als in einem Programm, dessen Team im Mittel weniger Jahre in der Suchthilfe gearbeitet hatte.

Die vorliegende Untersuchung zur Therapiezufriedenheit der Klient/innen unterlag mehreren methodischen Einschränkungen. *Erstens* waren die Ergebnisse über die zeitliche Entwicklung der Zufriedenheit in der Therapie nur bedingt aussagekräftig, da die Kriterien in einem Querschnitt zum selben Zeitpunkt erhoben wurden und danach ein Längsschnitt simuliert wurde. Um den Verlauf der Zufriedenheit in einer Therapie präziser zu bestimmen, müssten die einzelnen Klient/innen während des Aufenthaltes mehrmals, jeweils nach einer definierten Zeitspanne, befragt werden. Dennoch geben diese Resultate erste Anhaltspunkte über die Entwicklung der Zufriedenheit in der Therapie. *Zweitens* war die Stichprobengrösse hinsichtlich ihrer Verwendung für eine hierarchische Analyse eher tief. Die Anzahl der Institutionen stellte die untere Grenze für eine zuverlässige Schätzung der einzelnen statistischen Kennwerte dar und hatte Auswirkungen auf die Teststärke beziehungsweise die "Power" der Analysen: Grössere Effekte konnten mit dieser Stichprobengrösse zwar gefunden werden, kleinere Effekte aber wurden nicht signifikant und waren somit nicht identifizierbar. Es gelang indessen, einen hohen Anteil von 19% der Gesamtstreuung der Therapiezufriedenheit durch signifikante Merkmale der Institutionsebene zu erklären. *Drittens* konnten die Selektionseffekte nicht geprüft werden, da ein solcher Vergleich von teilnehmenden und nicht teilnehmenden Klient/innen den Rahmen dieses Kapitels überschritten hätte. Angesichts der hohen Erreichungsquote von 84% konnte jedoch davon ausgegangen werden, dass keine grösseren Verzerrungen vorlagen.

6.6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Es lassen sich aus dieser Untersuchung Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Theorie und Praxis ziehen. Zudem können Empfehlungen für die Praxis der stationären Therapieangebote für Drogenabhängige formuliert werden.

Für die Weiterentwicklung der *Theorie* kann aus dieser Studie geschlossen werden, dass ein starker Einfluss von Teammerkmalen auf die Therapiezufriedenheit der Klient/innen besteht. Charakteristika der Mitarbeiter/innen sollten in zukünftigen Untersuchungen miteinbezogen werden. Demgegenüber konnten keine "reinen" Institutions- und Programmmerkmale gefunden werden, die einen signifikanten Effekt auf die Therapiezufriedenheit aufgewiesen hätten. Es blieb aber ein nicht geringes Ausmass des Anteils der Institutionsebene an der Vari-

anz der Zufriedenheit ungeklärt und vorderhand ist noch offen, welche weiteren Merkmale diesen aufklären könnten.

Eine weitere Folgerung für die Theorie betrifft den Bezugszeitraum der Zufriedenheitserhebung. Es konnte gezeigt werden, dass die spezifische Zufriedenheit mit einzelnen Therapiebereichen, bezogen auf die letzte Woche vor der Befragung, tiefer war als die Zufriedenheit hinsichtlich des gesamten Zeitraums der Therapie. Dies wirft einige theoretische Fragen auf wie zum Beispiel: Wieso war die kurzfristig bezogene Zufriedenheit *durchgehend* tiefer? Werden unterschiedliche Phänomene wie beispielsweise Einstellungen, Beurteilungen oder Stimmungen gemessen, wenn die Zufriedenheit auf verschiedene Zeiträume bezogen wird? Hängt dies damit zusammen, dass mit der Zufriedenheit, bezogen auf einen kurzen Zeitraum vor der Befragung, die Klient/innen eine "neue" Beurteilung ihrer Zufriedenheit entwickeln, während in Bezug auf den gesamten Therapiezeitraum eine bereits bestehende Einstellung wiedergegeben wird? Zukünftige konzeptuelle Arbeiten sollten eine mögliche Heterogenität des Konstrukts "Zufriedenheit" sowie die unterschiedliche Zufriedenheit bei verschiedenen, rückblickend beurteilten Zeiträumen berücksichtigen.

Im Folgenden sind Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung der *Praxis* von stationären Therapieangebote für Drogenabhängige aufgeführt.

Als Erstes scheint es wichtig anzumerken, dass die Zufriedenheit der Klient/innen – entgegen Vermutungen von Seiten der Praxis – nicht systematisch tief war oder in gewissen Therapiephasen grössere Einbrüche aufwies. Im Gegenteil: Die Therapiezufriedenheit war durchgehend hoch, und es konnten, mit Ausnahme der Arbeitsbereichs, keine linearen Trends der Zufriedenheit bei Klient/innen mit unterschiedlicher Aufenthaltsdauer beobachtet werden. Daraus können zwei Folgerungen gezogen werden: Erstens bewegte sich die Therapiezufriedenheit in der stationären Therapie von Drogenabhängigen im Rahmen der Zufriedenheit von Patient/innen in medizinischen Behandlungen. Zweitens schien die erhobene Zufriedenheit sinnvolle Rückmeldungen zur Therapie zu liefern. Es wird deshalb empfohlen, dieses Kriterium bei den Klient/innen regelmäßig zu erheben und in die Therapie- und Institutionsplanung einzubeziehen.

Die Zufriedenheit der Klient/innen, welche bezogen auf den gesamten Therapiezeit erhoben wurde, war grundsätzlich hoch und variierte nicht stark über die Zeit hinweg. Die Zufriedenheit hinsichtlich der letzten Woche vor der Befragung wies ein leicht tieferes Niveau auf und variierte etwas stärker zwischen den Klient/innen. Um Rückmeldungen über die Zufriedenheit der eigenen Klientele zu gewinnen, sollten sowohl die Zufriedenheit bezogen auf die gesamte Therapiezeit als auch eine kurzfristig orientierte Bewertung erhoben werden.

Auf der Institutionsebene wiesen vor allem Teammerkmale einen Einfluss auf die Therapiezufriedenheit der Klient/innen auf. Es handelte sich dabei um das

Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen sowie deren Berufserfahrung im Suchtbereich. Erstens wird deshalb empfohlen, primär-, sekundär- und tertiärpräventive Massnahmen einzuführen, um das Burnout-Niveau des Teams tief zu halten beziehungsweise zu senken. Im Kapitel 5. sind die Ergebnisse der Untersuchung des Team-Burnout wiedergegeben. Darin sind Hinweise auf mögliche Risikofaktoren zu finden, zudem besteht eine Auswahl an Literatur zu diesem Thema (zum Beispiel Missel & Braukmann, 1995). Zweitens sollte das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen regelmässig erhoben werden, um über dessen Verlauf unterrichtet zu sein und gegebenenfalls Massnahmen einleiten zu können. Das Ausmass an Berufserfahrung im Suchthilfebereich übte ebenfalls einen Effekt auf die Therapiezufriedenheit der Klient/innen aus. Die Einrichtungen sollten deshalb darauf achten, dass im Team eine Durchmischung von erfahreneren und unerfahreneren Mitarbeiter/innen vorliegt, damit die durchschnittliche Erfahrung ein gewisses Niveau erreicht und innerhalb des Teams ein Wissenstransfer stattfinden kann.

Für die zukünftige Forschung werden vier Themen vorgeschlagen: der Einfluss von individuellen Merkmalen auf die Therapiezufriedenheit von Drogenabhängigen in einer stationären Langzeitbehandlung, der zeitliche Verlauf der Zufriedenheit, der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Wirksamkeit von stationären Interventionen sowie die weitergehende Untersuchung des Einflusses von Institutions- und Behandlungsmerkmalen.

Die Untersuchung von weiteren *individuellen Merkmalen*, welche mit der Therapiezufriedenheit zusammenhängen, könnte weitere Aufschlüsse in Hinsicht auf die Verwendung von Zufriedenheitsäusserungen geben. Es ist beispielsweise vorstellbar, dass Eigenschaften wie die soziale Beeinflussbarkeit oder diagnostische Befunde mit einer höheren respektive tieferen Zufriedenheit verbunden sind. Diese Zufriedenheitsäusserungen müssten in diesem Falle mit einer gewissen Vorsicht berücksichtigt werden, wenn sie für die Modifikation des Therapieprogrammes verwendet würden.

Eine weiteres Forschungsthema könnte die Untersuchung des *individuellen Verlaufs der Zufriedenheit* im Rahmen einer Therapie darstellen. Damit würde präziseres Wissen darüber gewonnen, welche Therapieabschnitte für die Klient/innen besonders schwierig sind und ob die Therapiezufriedenheit zur Vorhersage von Behandlungsabbrüchen geeignet ist.

Die Untersuchung des Zusammenhanges der Zufriedenheit während der Therapie mit dem *Verlauf der Klient/innen nach Austritt* wird ebenfalls vorgeschlagen. Dadurch könnten Aufschlüsse über die Bedeutung der Therapiezufriedenheit für die Wirksamkeit einer stationären Langzeitintervention bei Drogenabhängigkeit erhalten werden, wobei allfällige Interaktionen der Zufriedenheit mit dem Therapieabbruch einbezogen werden müssten.

Der Einfluss der Institutionsebene auf die Zufriedenheit konnte in dieser Studie nicht vollständig aufgeklärt werden. Es sollte versucht werden, *weitere Einrichtungs- und Behandlungsmerkmale* zu finden, die einen Zusammenhang mit der Therapiezufriedenheit aufweisen, um Hinweise für die Planung und Veränderung von Therapieprogrammen zu erhalten.

7. Die Entwicklung von Standards für stationäre Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige

In diesem Kapitel werden grundlegende Informationen zu den Standards, welche im Rahmen dieses Projekts formuliert wurden, aufgeführt. Zunächst wird eine kurze Einleitung in das Thema gegeben. Darauf folgen sowohl eine Darstellung der Entstehung der Standards als auch Erläuterungen zu deren Aufbau und Merkmalen sowie zu verwendeten Begriffen.

7.1. Einleitung

Die im Anhang D aufgeführten Standards wurden im Rahmen dieses Projekts für stationäre Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige entwickelt. Sie enthalten Standards zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie können ohne Rücksprache von interessierten Personen, Institutionen und Organisationen verwendet werden.

Die im Rahmen dieses Projekts formulierten Standards sind in ihrer Reichweite auf die *einzelne Institution* bezogen. Mit anderen Worten, sie dienen der Qualitätssicherung und -verbesserung einer einzelnen Therapieeinrichtung. Die einzelne Einrichtung kann indessen nicht isoliert betrachtet werden, sondern sie ist eingebunden in übergeordnete Systeme wie zum Beispiel ein Therapienetz, eine Region, ein bestimmtes politisches Umfeld, eine komplexe Struktur von Zuweisungsmechanismen und Finanzierungsregelungen etc. *Mit der Fokussierung auf die einzelne Institution darf indessen nicht vergessen werden, dass Qualitätssicherung und Standards auch für übergeordnete Systemebenen sinnvoll sind.*

Bei der Anwendung von Standards besteht neben der *Chance zur Qualitätsverbesserung* immer auch die *Gefahr des Missbrauchs*. Der Inhalt und die Anwendung von Standards spiegelt Machtverhältnisse wider, sodass eine bestimmte Auslegung zugunsten der einen Gruppe und zulasten einer anderen gehen kann. Es hängt viel vom Umgang mit Standards ab, wobei die unten aufgeführten Punkte eine gewisse Orientierung bieten und Missverständnissen vorbeugen sollen.

Ein wichtiges Merkmal von Standards ist, dass sie *entwicklungsfähig* sind und bleiben. Im Rahmen dieses Projekts wurden Standards als Grundlage für weitere Entwicklungen formuliert. Abhängig von Veränderungen der Therapie-

landschaft und der Bedürfnisse der Klient/innen, von politischen Entscheidungen sowie von der Verwendungsart der Standards sollen, können und müssen die Standards weiter entwickelt und neuen Gegebenheiten angepasst werden. In einer nächsten Überarbeitung könnten beispielsweise zielgruppenspezifische Standards für die Therapie von Frauen oder Migrant/innen erarbeitet werden.

Im Folgenden wird auf verschiedene Punkte, die die Verwendung der Standards betreffen, eingegangen.

Bei Standards geht es in erster Linie immer um die Beurteilung und Gewährleistung der Qualität eines Gegenstandes, sei es ein Produkt oder eine Dienstleistung. Es wurden zwei verschiedene Arten von Standards festgelegt: *Minimalstandards* und *Referenzstandards*. Mit den Minimalstandards sollte ein minimales Niveau der Qualität bestimmt werden. Wenn diese Minimalstandards nicht erfüllt würden, so wären Massnahmen zu ergreifen, um sie zu erreichen. Die Referenzstandards beziehen sich auf ein gewünschtes – ein ideales – Qualitätsniveau. Bei dieser Anwendung ging es darum, ein Qualitätsziel zu setzen, dessen Erfüllung als sehr gute Qualität betrachtet würde.

Die Frage, wer wem für was die Qualität garantiert, ist bei jeder Anwendung von Standards genau zu klären. Es wäre beispielsweise vorstellbar, dass eine Therapieeinrichtung ihrer Trägerschaft gegenüber die Standards garantiert oder dass man gegenüber Behörden oder Kostenträgern die Qualität ausweist. Die Standards können auch nur für gewisse Bereiche der Therapie übernommen werden und für andere Bereiche wiederum nicht.

Im Rahmen einer Verwendung der Standards wäre auch zu erörtern, wer die Erreichung der Standards beurteilt und wie dies gemessen wird. Eine solche Beurteilung kann sowohl intern, innerhalb der Institution, erfolgen als auch durch eine externe Instanz.

Die Konsequenzen, die sich aus einer Nicht-Erreichung von Standards ergäben, wären genaustens festzulegen, um Missverständnissen vorzubeugen. Dabei geht es um das Thema, wie sanktionierend oder fördernd solche Konsequenzen wären.

7.2. Entstehung der Standards

Die Formulierung der Standards fand in der Begleitgruppe der vorliegenden Studie statt (siehe Kapitel 1.3.3.). Darin sassen vier Vertreter aus der Praxis, drei Mitarbeiter des BAG, ein kantonaler Beauftragter für Suchtfragen, der Leiter der KOSTE und zwei Mitglieder des Projektteams. Mit Hilfe der empirischen Ergebnisse der Umfrage bei den Einrichtungen zu ihrer Struktur (siehe Kapitel 3.), den in diesem Bericht dargestellten Analysen sowie dem in der Begleitgruppe vor-

handenen Expertenwissen wurde versucht, möglichst realistische, anwendbare und qualitätsrelevante Standards zu formulieren.

Zudem war die Kompatibilität mit bereits vorhanden Vorgaben ein Anliegen. Die Rahmenbedingungen der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS, 1997), welche in weiten Teilen auf den Arbeiten des Vereins Schweizerischer Drogenfachleute (VSD, 1994) basierten, wurden einbezogen. Ebenso wurde auf eine Vereinbarkeit mit den qualitativen Bedingungen des Bundesamt für Sozialversicherung (BSV, 1999) geachtet. Im Weiteren fand eine Zusammenarbeit mit der Gruppe "Arbeitsfelddbeschreibung" des Projekts "Finanzierung der Suchttherapien FiSu" des BAG statt (siehe Kapitel 1.3.4.). Die in diesem Bericht enthaltenen Standards wurden mit den Definitionen und Konzepten der Arbeitsgruppe koordiniert und im Laufe des Austausches wurden einzelne Standards formuliert. Eine enge Zusammenarbeit fand mit dem Projekt QuaTheDA des BAG statt. Diese Vernetzung zeigt sich auch darin, dass in gewissen Standards auf weiterführende Arbeiten des Projekts QuaTheDA verwiesen wurde.

Die mitgeltenden Datenschutz-Richtlinien (Anhang D) konnten von den Datenschutz-Richtlinien der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK, 2000) übernommen werden. Indessen war nur ein Teil jener Regelungen für die vorliegenden Standards relevant beziehungsweise zutreffend, sodass einerseits eine Auswahl getroffen und andererseits eine leichte Modifikation durchgeführt wurde.

Eine erste Rückmeldung zu den Standards erfolgte im Dezember 1999 im Rahmen des X. Symposiums des Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS (KOFOS, 2000, siehe Kapitel 1.3.6.). Dort diskutierten Teilnehmer/innen in zwei der sechs Arbeitsgruppen über Qualitätsstandards im Allgemeinen und über Beispiele der vorliegenden Standards im Speziellen. Die protokollierten Rückmeldungen flossen danach wiederum in die Arbeit der Begleitgruppe ein.

7.3. Aufbau und Merkmale der Standards

Die Standards wurden in sieben Teile gegliedert: Grundangaben, Betriebsorganisation, Infrastruktur, Mitarbeiter/innen, Klientenrechte sowie Therapie und Forschung/Evaluation. Innerhalb dieser Bereiche bestehen teilweise weiter differenzierende Untertitel. Das Inhaltsverzeichnis der Standards ist im Anhang D aufgeführt.

Es wurden drei Typen von Standards formuliert. Der erste Typ beinhaltet eine *reine Deklarationspflicht* von Strukturaspekten. Es handelt sich dabei um Aspekte wie die Anzahl Plätze oder das Therapieangebot. Das Interesse dahinter war die Transparenz und das Informationsbedürfnis. Diese Informationen

sollten öffentlich und zugänglich sein. Dabei wurde häufig "öffentliches Informationsmaterial" als Träger dieser Informationen bestimmt – es ist aber der Einrichtung überlassen, welche Art von öffentlichem Informationsmaterial sie verwenden will und wie sie die Informationen öffentlich zugänglich macht.

Mit dem zweiten Typ von Standards wurde zwar festgelegt, *dass ein bestimmter Aspekt vorhanden sein muss, ohne jedoch eine inhaltliche Ausprägung vorzugeben*. Es ging hier darum, dass diese Aspekte als wichtig erachtet wurden, dass aber keine unnötigen Vorgaben im Sinne einer Überreglementierung gemacht werden sollten. Das heisst, die Ausprägung des Strukturmerkmals soll in der Verantwortung und Kompetenz der Therapieeinrichtungen liegen.

Beim dritten Typ besteht eine *inhaltliche Ausprägung*. Diese kann rein inhaltliche Vorgaben oder aber auch quantitative Vorgaben beinhalten. Bei diesem Standard war auch möglich, dass auf andere Richtlinien verwiesen wurde. Das Interesse hinter dem dritten Standardtyp war, dass sich zu einem Merkmal eine gewisse Ausprägung als gut erwiesen hatte oder als wichtig beurteilt wurde und deshalb eindeutig festgelegt wurde. Wenn die Ausarbeitung von inhaltlichen Ausprägungen eine längerfristige Arbeit benötigte, so wurde teilweise auf das Projekt QuaTheDA verwiesen, in welchem dann die genauere Ausarbeitung von Leitlinien stattfinden soll. Dieses Vorgehen wurde mit dem Projekt QuaTheDA koordiniert.

Die Standards bestehen aus einer Nummer, dem Status als Minimal- und/oder Referenzstandard, aus einem Namen, einer Bedingung, einem Indikator und dem Standard. Im Folgenden werden diese Begriffe erläutert.

Die Festsetzung als *Minimal- und/oder Referenzstandard* erfolgte mit einem "x". Ein Standard kann den Status "nur Referenzstandard" oder "Minimal- und Referenzstandard" haben. Der *Name* kann einen einzelnen Standard benennen oder eine Gruppe von Standards, die unter diesem Namen zusammengefasst wurden. In der Spalte "*Bedingung*" wurde die Bedeutung des Standards ausformuliert. Unter "*Indikator*" wurde angegeben, anhand welcher Prüfmittel die Erreichung beziehungsweise Einhaltung des Standards erkannt werden kann. In der Spalte "*Standard*" ist das Niveau festgesetzt, welches der Indikator erreichen sollte. In den meisten Fällen wurden keine numerischen Zahlen festgesetzt, sondern der Standard "vorhanden" festgelegt. Dieser kann im Prinzip indessen ebenfalls als dichotomer, numerischer Standard aufgefasst werden, indem "vorhanden" mit 1 und "nicht vorhanden" mit 0 gleichgesetzt wird.

Verzeichnisse

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1.	Massnahmen zur Erfüllung des Projektauftrags.....	18
Tabelle 3.1.	Anzahl Plätze pro Grössenkategorie.....	38
Tabelle 3.2.	Zeitpunkt der letzten Revision des therapeutischen Konzeptes.....	41
Tabelle 3.3.	Individualisierung der Therapie.....	43
Tabelle 3.4.	Anzahl Stellenprozente pro Behandlungsplatz.....	45
Tabelle 3.5.	Anzahl Jahre Berufserfahrung im Suchtbereich.....	45
Tabelle 3.6.	Die Ausbildungen der Mitarbeiter/innen der Therapieeinrichtungen.....	46
Tabelle 3.7.	Tages-Taxen der untersuchten therapeutischen Einrichtungen.....	48
Tabelle 3.8.	Tages-Taxen nach der Grösse der untersuchten therapeutischen Einrichtungen.....	48
Tabelle 4.1.	Klientenstichprobe der Nachbefragung nach einer stationären Langzeittherapie.....	62
Tabelle 4.2.	Theoretische Ausrichtung der Therapieeinrichtungen.....	63
Tabelle 4.3.	Vergleich der an der Katamnese teilnehmenden Einrichtungen mit den übrigen Schweizer Einrichtungen.....	63
Tabelle 4.4.	Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums vor und nach der Therapie (one-way ANOVA-Modell).....	72
Tabelle 4.5.	Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Veränderung der Arbeitssituation vor und nach der Therapie (one-way ANOVA-Modell).....	72
Tabelle 4.6.	Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf den Opiat- und/oder Kokainkonsum in den 18 Monaten nach Therapieaustritt (one-way ANOVA-Modell).....	73
Tabelle 4.7.	Teil 1: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf den Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den 18 Monaten nach Therapieaustritt.....	74
Tabelle 4.8.	Teil 2: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf den Konsum von Opiaten und/oder Kokain in den 18 Monaten nach Therapieaustritt.....	76
Tabelle 4.9.	Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die Arbeitssituation in den 18 Monaten nach Therapieaustritt (one-way ANOVA-Modell).....	77
Tabelle 5.1.	Stichprobe der Mitarbeiterbefragung.....	93
Tabelle 5.2.	Geschlecht, Alter, Institutionsbereich und Anstellungsmodus der Mitarbeiter/innen.....	94
Tabelle 5.3.	Einschränkung der Leistungsfähigkeit und Zielerreichung der Mitarbeiter/innen.....	102
Tabelle 5.4.	Emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung der Mitarbeiter/innen.....	103
Tabelle 5.5.	Entpersönlichte Behandlung von Klient/innen durch die Mitarbeiter/innen.....	103
Tabelle 5.6.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) der Mitarbeiter/innen.....	104

Tabelle 5.7.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters der Mitarbeiter/innen.....	105
Tabelle 5.8.	Burnout-Ausprägung, unterschieden nach den acht Stufen von Golembiewski et al. (1983).....	106
Tabelle 5.9.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters und des Geschlechts der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 1).....	107
Tabelle 5.10.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und der Schulbildung der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 2).....	107
Tabelle 5.11.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und der Stellenprozente der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 3)...	108
Tabelle 5.12.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und diverser Tätigkeitsmerkmale der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 4).....	109
Tabelle 5.13.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit des Alters, des Geschlechts und diverser arbeitsbezogener Einstellungen und Beurteilungen der Mitarbeiter/innen (Teilmodell 5).....	110
Tabelle 5.14.	Gesamt-Score des "Ausgebranntseins" (Burnout) in Abhängigkeit diverser personen- und arbeitsbezogener Größen (Schlussmodell).....	111
Tabelle 5.15.	Varianzkomponenten von personenbezogenen und institutionsspezifischen Einflüssen auf den Burnout-Gesamt-Score der Mitarbeiter/innen (one-way ANOVA-Modell).....	112
Tabelle 6.1.	Klientenstichprobe der Befragung zur Therapiezufriedenheit.....	130
Tabelle 6.2.	Spezifische Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Therapie, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Behandlung sowie auf die letzte Woche vor der Befragung.....	139
Tabelle 6.3.	Globale und spezifische Zufriedenheit bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer...	141
Tabelle 6.4.	Varianzkomponenten des Individuums- und des Institutionseinflusses auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen (one-way ANOVA-Modell).....	144
Tabelle 6.5.	Mittelwert der globalen Therapiezufriedenheit der Klient/innen in den einzelnen Einrichtungen.....	145
Tabelle 6.6.	Teil 1: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klientele.....	146
Tabelle 6.7.	Teil 2: Einfluss von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klientele.....	148
Tabelle 6.8.	Gesamtmodell 1 des Einflusses von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen.....	149
Tabelle 6.9.	Gesamtmodell 2 des Einflusses von Institutionsmerkmalen auf die globale Therapiezufriedenheit der Klient/innen.....	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1.	Verteilung der untersuchten Therapieeinrichtungen auf die Sprachregionen.....	37
Abbildung 3.2.	Anzahl Therapieplätze pro Institution.....	38
Abbildung 3.3.	Häufigkeit von schriftlichen Konzepten und Plänen in den untersuchten Therapieeinrichtungen.....	39
Abbildung 3.4.	Durchführung von Finanzcontrolling in den Therapieeinrichtungen.....	39
Abbildung 3.5.	Erfassung der Arbeitszeiten des Personals in den Therapieeinrichtungen.....	40
Abbildung 3.6.	Vorhandensein von schriftlichen therapeutischen Konzepten.....	40
Abbildung 3.7.	Führung von Klientendossiers oder Krankengeschichten in den untersuchten Therapieeinrichtungen.....	42
Abbildung 3.8.	Durchführung externer Evaluationen.....	42
Abbildung 3.9.	Institutionen als Teil einer Therapiekette oder eines Therapienetzes im Rahmen der Trägerschaft.....	43
Abbildung 3.10.	Häufigkeit von standardmässig durchgeführten diagnostischen Abklärungen in den untersuchten Therapieeinrichtungen.....	44
Abbildung 3.11.	Durchführung von Supervision in den untersuchten Therapieeinrichtungen.....	47
Abbildung 4.1.	Häufigkeitsverteilung Therapieverlauf: Veränderung des Opiat- und/oder Kokainkonsums und der Arbeitssituation (Längsschnitt).....	70
Abbildung 4.2.	Häufigkeitsverteilung Therapieverlauf: Opiat und/oder Kokainkonsum sowie Arbeitssituation während der 18 Monate nach Beendigung der Therapie (Querschnitt).....	71
Abbildung 6.1.	Alter der Klient/innen zum Zeitpunkt der Befragung.....	136
Abbildung 6.2.	Aufenthaltsdauer in der Therapie zum Zeitpunkt der Befragung zur Therapiezufriedenheit.....	137
Abbildung 6.3.	Globale Zufriedenheit der Klient/innen mit der Therapie (CSQ/ZUF8).....	138
Abbildung 6.4.	Spezifische Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen der Therapie, bezogen auf den gesamten Zeitraum der Behandlung sowie auf die letzte Woche vor der Befragung.....	140
Abbildung 6.5.	Globale und spezifische Zufriedenheit (Einrichtung allgemein, Einzeltherapie beziehungsweise -gespräche, Gruppentherapie beziehungsweise -gespräche, Arbeitsbereich) bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer.....	142
Abbildung 6.6.	Globale und spezifische Zufriedenheit (allgemeine Betreuung, persönliche Betreuung, Mitklient/innen, medizinische Behandlung) bei unterschiedlicher Aufenthaltsdauer.....	143

Literaturverzeichnis

- Attkisson, C. C. & Zwick, R. (1983). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (1994). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Benninghaus, H. (1974). *Deskriptive Statistik*. Stuttgart: Teubner.
- Bromet, E. J., Moos, R., Bliss, F. & Wuthmann, C. (1977). Posttreatment functioning of alcoholic patients: Its relation to program participation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 829-842.
- Brosius, G. & Brosius, F. (1995). *SPSS. Base System und Professional Statistics*. Bonn: International Thomson Publishing.
- Bryk, A. S. & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical Linear Models*. Newbury Park: Sage.
- Bryk, A. S., Raudenbush, S. W. & Congdon, R. T. (1996). *HLM for Windows. Version 4.01.01*. In: Scientific Software International.
- Bundesamt für Gesundheit (1999). *Institutionen im Alkohol- und Drogenbereich*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Sozialversicherung (1998). *Rundschreiben 4/98. Invalidenversicherung / Betriebs-, Bau- und Einrichtungsbeiträge gem. Artikel 73 IVG*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Bundesamt für Sozialversicherung (1999). *Rundschreiben 1/99. Invalidenversicherung / Betriebs- und Einrichtungsbeiträge gem. Artikel 73, Abs.2, Buchstaben b und c, IVG*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Burisch, M. (1995). Burnout - Anzeichen, Verlauf, Auslöser. In: Missel, P. & Braukmann, W. (Hrsg.). *Burnout in der Suchttherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 25-38.
- Cernovsky, Z. Z., O'Reilly, R. L. & Pennington, M. (1997a). Antisocial personality traits and patients' satisfaction with treatment for addiction. *Psychological Reports*, 80, 275-282.
- Cernovsky, Z. Z., O'Reilly, R. L. & Pennington, M. (1997b). Sensation seeking scales and consumer satisfaction with a substance abuse treatment program. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 779-784.
- Chan, M., Sorensen, J. L., Guydish, J., Tajima, B. & Acampora, A. (1997). Client satisfaction with drug abuse day treatment versus residential care. *Journal of Drug Issues*, 27(2), 367-377.
- Collins, J. J. & Allison, M. S. (1983). Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hosp. Commun. Psychiatry*, 34, 1145-1149.
- Condelli, W. S. (1994). Domains of variables for understanding and improving retention in Therapeutic Communities. *The International Journal of the Addictions*, 29(5), 593-607.
- Condelli, W. S. & De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of retention in Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 11-16.
- Condelli, W. S. & Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(1), 25-33.
- Ditton, H. (1998). *Mehrebenenanalyse: Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch Linearen Modells*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Dobler-Mikola, A., Grichting, E. & Hampson, D. (2000). *Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie: Ressourcen, Barrieren und Attributionen*. Zürich: Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung.
- Dobler-Mikola, A., Schaaf, S. & Uchtenhagen, A. (1994). *Drogenabhängige in einer stationären Therapie. Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation*. Zürich: Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik.

- Dobler-Mikola, A., Wettach, R. H. U. & Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger. Synthesebericht. Zürich: Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Foundation Quarterly*, 44, 166-203.
- Elman, B. & Dowd, E. (1997). Correlates of burnout in inpatient substance abuse treatment therapists. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, 17, 56-65.
- Emrick, C. D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 88-108.
- Fachverband Sucht (Hrsg.). (1995). Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker - Praxisorientierte Beiträge. Geesthacht: Neuland.
- Fengler, J. (1991). Helfen macht müde. München: Pfeiffer.
- Feuerlein, W., Küfner, H. & Flohrschütz, T. (1986). Ergebnisse stationärer Alkoholbehandlung. In: Heimann, H. & Gaertner, H. J. (Hrsg.). *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Berlin: Springer-Verlag, 215-225.
- Glinz, A. (1993). Burnout in der Suchtarbeit. Ausprägung und moderierende Faktoren. Evangelische Stiftungsfachhochschule für Sozialwesen Nürnberg (unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.
- Herbst, K. & Hanel, E. (1989). Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung bei Drogenabhängigen. *Suchtgefahren*, 35(4), 235-251.
- Heimann, H. & Gaertner, H. J. (Hrsg.). (1986). *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Herrmann, H., Güntzel, O., Simmel, U. & Lehmann, P. (1999). Stationäre Suchttherapie Schweiz: Angebot und Finanzierung. Gesamtschweizerische Erhebung bei Therapieeinrichtungen im Alkohol- und Drogenbereich für die Jahre 1995-1998. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Hübner, H. (1997). Zwischen Burnin and Burnout - Warum lassen sich Menschen auf eine Arbeit mit Suchtkranken ein? In: Sticht, U. (Hrsg.). *Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 200-213.
- Joe, G. W. & Simpson, D. D. (1976). Retention in treatment of drug users admitted to treatment during 1971-72. In: Sells, S. B. & Simpson, D. D. (Eds.). *Studies in the effectiveness of treatment of drug abuse*. Cambridge: Ballinger.
- Keith, R. A. (1998). Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79(9), 1122-1128.
- Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (1997). Rahmenbedingungen für stationäre Einrichtungen im Suchthilfebereich. Basel: KKBS.
- Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (KOFOS) (1999). Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1998: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik. Zürich: Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung.
- Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (KOFOS) (2000). Qualitätssicherung und Qualitätsstandards in der stationären Suchttherapie. X. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS. Zürich: Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung (in Druck).
- Körkel, J. (1995). Burnout in der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen. In: Missel, P. & Braukmann, W. (Hrsg.). *Burnout in der Suchttherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 39-78.
- Körkel, J., Burda, M. & Weissbeck, H. (1995). Burnout unter Suchtmitarbeitern. Eine empirische Studie in verschiedenen Feldern der Suchtkrankenhilfe. *Sucht*, 41(5), 308-317.
- Körkel, J., Lauer, G. & Scheller, R. (Hrsg.). (1995). *Sucht und Rückfall*. Stuttgart: Enke.
- Küfner, H. (1995). Behandlungsmerkmale und Therapieabbruch bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen: Zwischen Pädagogik und Psychotherapie. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). *Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker - Praxisorientierte Beiträge*. Geesthacht: Neuland, 62-82.

- Küfner, H., Arzt, J., Roch, I., Denis, A. & Rug, U. (1995). Suchtmittleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: Körkel, J., Lauer, G. & Scheller, R. (Hrsg.). Sucht und Rückfall. Stuttgart: Enke, 112-126.
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Baden-Baden: Nomos.
- Küfner, H., Feuerlein, W., & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 34, 157-272.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. Evaluation and Program Planning, 6, 211-236.
- Maslach, C. & E., J. S. (1984). Burnout in organisational settings. In: Oscamp, S. (Ed.). Applied Social Psychology Annual. Beverly Hills: Sage, 133-153.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- McLellan, T. A., Grissom, G. R., Brill, P., Durell, J., Metzger, D. S. & O'Brien, C. P. (1993). Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others. Journal of Substance Abuse Treatment, 10, 243-254.
- Missel, P. & Braukmann, W. (Hrsg.). (1995). Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Missel, P. & Braukmann, W. (1995). Burnout in der Suchttherapie - Eine Einführung. In: Missel, P. & Braukmann, W. (Hrsg.). Burnout in der Suchttherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 11-22.
- O'Reilly, R., Smith, D. W., Freeland, A. & Cernovsky, Z. Z. (1993). Antisocial attitudes and consumer satisfaction with substance abuse treatment program. Social Behavior and Personality, 21(2), 159-162.
- Oscamp, S. (Ed.). (1984). Applied Social Psychology Annual. Beverly Hills: Sage.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and Program Planning, 6, 185-210.
- Pascoe, G. C. & Attkisson, C. C. (1983). The Evaluation Ranking Scale: a new methodology for assessing satisfaction. Evaluation and Program Planning, 6, 335-347.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (2000). Datenschutz-Richtlinien. Dokument der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- Reithinger, R. (1990). Bewältigungsstrategien von SuchttherapeutInnen beim Abbruch "ihrer" KlientInnen in der Langzeitdrogentherapie. Evangelische Stiftungsfachhochschule für Sozialwesen Nürnberg (unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Rothman, J. R. & Greenland, S. (1998). Modern Epidemiology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Rudolf, J. & Körkel, J. (1995). Belastungsfaktoren bei Sozialpädagogen/Sozialarbeitern durch Suchtarbeit. Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 26(3), 194-208.
- Schaaf, S., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (1997). Entwicklung eines modularen Erfassungssystems zur Typisierung von Behandlungsansätzen für Drogenabhängige. Schlussbericht. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und medizinische Psychologie, 39, 248-255.
- Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich KOSTE (1998). Handbuch: Stationäre Therapieangebote im Drogenbereich. Bern: KOSTE.
- Sells, S. B. & Simpson, D. D. (Ed.). (1976). Studies in the effectiveness of treatment of drug abuse. Cambridge: Ballinger.
- Stamm, R. (1999). QuaTheDA - ein Qualitätsmanagementsystem für stationäre Drogen- und Alkoholtherapien. Suchtmagazin, 25(5), 24-30.

-
- Sticht, U. (Hrsg.). (1997). Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Sudman, S., Bradburn, N. M. & Schwarz, N. (1996). Thinking about answers. The application of cognitive processes to survey methodology. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). Using Multivariate Statistics. Northridge: California State University.
- Verein Schweizerischer Drogenfachleute (1994). Anforderungen an die Rahmenbedingungen von stationären Therapieeinrichtungen. Dornach: VSD.
- Weiland, S. (1992). Die Verarbeitung von Behandlungsabbrüchen durch die SuchttherapeutInnen. Evangelische Stiftungsfachhochschule für Sozialwesen Nürnberg (unveröffentlichte Diplomarbeit).
- Wettach, R. H. U. (1999). Ein exemplarischer Vergleich der Leistungen und der Leistungsverrechnung von verschieden stark medizinisierten Einrichtungen der stationären Suchtbehandlung. Zürich: Institut für Suchtforschung (unveröffentlichter Bericht).
- Wettach, R. H. U. & Dobler-Mikola, A. (1994). Zur Bedeutung der lebensgeschichtlichen Ressourcen für den Rehabilitationserfolg in der stationären Drogentherapie. Suchtprobleme & Sozialarbeit, 62(4), 148-157.
- Wettach, R. H. U., Dobler-Mikola, A. & Uchtenhagen, A. (1997). Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Behandlungsqualität von ambulanten und stationären Therapie- und Betreuungsprogrammen für Drogenabhängige. Zürich: Institut für Suchtforschung.

Anhang

Anhang A Befragung der Institutionen

- A1 Begleitbrief für die Erhebung der Strukturdaten bei den Einrichtungen (deutsch/französisch)
 - A2 Informationsbroschüre über das Projekt (deutsch/französisch)
-

- A1 Begleitbrief für die Erhebung der Strukturdaten bei den Einrichtungen (deutsch/französisch)

A2 Informationsbroschüre über das Projekt (deutsch/französisch)

Anhang B Befragung der Mitarbeiter/innen

B1 Skalen der Mitarbeiterbefragung

B2 Begleitbrief und Erinnerungsschreiben der Erhebung bei den Mitarbeiter/innen

B1 Skalen der Mitarbeiterbefragung

Skala	Fragen	Cronbachs alpha
A) Eingeschränkte Leistungsfähigkeit / Zielerreichung	Den ganzen Tag mit Menschen arbeiten ist für mich wirklich anstrengend Ich bewirke etwas mit meiner Arbeit Ich fühle mich voller Tatkraft Bereits zu Beginn des Arbeitstages fühle ich mich kraftlos Ich habe das Gefühl, dass ich das Leben anderer Menschen durch meine Arbeit positiv beeinflusse Ich habe das Gefühl mich bei meiner Arbeit zu sehr anzustrengen	.640
B) Emotionale, kognitive und geistige Erschöpfung	Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt Die Arbeitsbelastungen haben zu negativen Auswirkungen auf mein Privatleben geführt Der Urlaub reicht mir nicht zur Regeneration von der Arbeit Meine Arbeit ‚zieht mich runter‘ Grübeleien über meine Arbeit beeinträchtigen meinen Schlaf Aufgrund meiner Arbeitsbelastung sind meine Abwehrkräfte geschwächt, so dass ich häufiger (Erkältungs-) Krankheiten habe Das Wochenende reicht mir zur Regeneration von der Arbeit Während der Arbeit fühle ich mich müde Am Ende des Arbeitstages fühle ich mich erledigt Nach der Arbeit fehlt mir öfters die Kraft, noch etwas zu unternehmen Meine Arbeit nimmt mich so sehr in Anspruch, dass ich private Kontakte vernachlässige Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert Nach der Arbeit fällt es mir leicht abzuschalten	.886

Skala	Fragen	Cronbachs alpha
C) Entpersönlichte Behandlung von Klient/innen	<p>Seit ich diese Arbeit mache, bin ich gegenüber anderen Menschen abgestumpfter geworden</p> <p>Bei meiner Arbeit gehe ich Klient/innen so weit als möglich aus dem Weg</p> <p>Im Grossen und Ganzen ist es mir gleichgültig, was aus meinen Klient/innen wird</p> <p>Ich habe das Gefühl, dass mich diese Arbeit emotional verhärtet</p> <p>Ich habe die Tendenz, die Klientinnen in einer distanzierten, fast mechanischen Art zu behandeln</p> <p>Klient/innen gegenüber bin ich häufig gereizt</p>	.720
Gesamt-Burnout-Score	Alle Items der obigen Skalen A), B) und C) zusammen:	.911
Burnout-fördernde Teammerkmale	<p>Ich komme mit meinen Arbeitskolleg/innen gut klar</p> <p>Bei uns herrscht ein guter Teamgeist</p> <p>In unserem Team gibt es viel Konflikte</p> <p>Ich bekomme von meinen Arbeitskolleg/innen Unterstützung</p>	.791
Offene Kommunikationsstrukturen	<p>Ich erhalte hier die Informationen, die ich brauche</p> <p>Bei offenen Problemen oder Unklarheiten weiss meistens ein/eine Mitarbeiter/in das Nötige</p> <p>Öfters musste ich feststellen, dass mir wichtige Neuigkeiten bezüglich der Klient/innen nicht mitgeteilt wurden</p> <p>Wir könnten besser arbeiten, wenn wir bessere Informationskanäle hätten</p> <p>Es ist gut geregelt, wo man welche Informationen holen kann</p>	.771
Führungsstruktur	<p>Die Leitung nimmt ihre Führungsaufgabe wahr</p> <p>Die formelle und die informelle Führungsstruktur stimmen weitgehend überein</p>	.819
Probleme mit Vorgesetzten	<p>Ich meide meine Vorgesetzten</p> <p>Andere Personen (z.B. Vorgesetzte) reden mir in meine Arbeit rein</p> <p>Ich bin mit meinen Vorgesetzten zufrieden</p>	.733

- B2 Begleitbrief und Erinnerungsschreiben der Erhebung bei den Mitarbeiter/innen

Anhang C Befragung der Klient/innen

C1 Skalen der Klientenbefragung

C2 Brief für die Klient/innen mit Informationen über die Befragung zur Therapiezufriedenheit

C1 Skalen der Klientenbefragung

Skala	Fragen	Cronbachs alpha
Globale Zufriedenheit Client Satisfaction Questionnaire / ZUF 8	<p>Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?</p> <p>Haben Sie die Art der Behandlung erhalten, die Sie wollten?</p> <p>In welchem Masse hat diese Therapieeinrichtung Ihren Bedürfnissen entsprochen?</p> <p>Würden Sie einem Freund / einer Freundin diese Therapieeinrichtung empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?</p> <p>Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmass der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?</p> <p>Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?</p> <p>Im Grossen und Ganzen, wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben?</p> <p>Würden Sie wieder in diese Therapieeinrichtung kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?</p>	.874

-
- C2 Brief für die Klient/innen mit Informationen über die Befragung zur Therapiezufriedenheit

Anhang D Standards

- D1 Standards
 - D2 Datenschutz-Richtlinien
-

D1 Standards

Aufbau der Standards

1	Grundangaben.....	197
2	Betriebsorganisation.....	197
2.1	Administration.....	197
2.2	Regelungen/Konzepte der Institution.....	198
2.3	Regelungen bezüglich der Mitarbeiter/innen.....	199
2.4	Regelungen bezüglich der Klient/innen.....	200
2.5	Dokumentation von Klientendaten.....	201
2.6	Vernetzung.....	201
3	Infrastruktur.....	202
3.1	Liegenschaften / Räumlichkeiten.....	202
3.2	Kindergerechte Infrastruktur.....	203
3.3	Rollstuhlgängigkeit.....	203
4	Mitarbeiter/innen.....	203
4.1	Ausbildung / Weiterbildung.....	203
4.2	Personalfluktuatation.....	204
4.3	Mitarbeiterbetreuung.....	204
5	Klientenrechte.....	204
6	Therapie.....	205
6.1	Therapiekonzept.....	205
6.2	Therapieziele.....	205
6.3	Therapieangebot.....	205
6.4	Therapieorganisation.....	207
6.4.1	Aufnahme- / Eintrittsphase.....	207
6.4.2	Therapiephase.....	209
6.4.3	Austrittsphase.....	209
6.4.4	Phase nach dem Austritt.....	210
6.5	Therapieentwicklung.....	211
7	Forschung / Evaluation.....	211

Erläuterungen

Drei Typen von Standards

1. *Deklarationspflicht:* Diese Informationen sollten öffentlich und zugänglich sein. Dabei wurde häufig "öffentliches Informationsmaterial" als Träger dieser Informationen bestimmt – es ist aber der Einrichtung überlassen, welche Art von öffentlichem Informationsmaterial sie verwenden will und wie sie die Informationen öffentlich zugänglich macht.
2. *Standard ohne inhaltliche Ausprägung:* Ein bestimmter Aspekt muss vorhanden sein, es ist jedoch keine inhaltliche Ausprägung vorgegeben. Das heisst, die Ausprägung des Strukturmerkmals liegt in der Verantwortung und Kompetenz der Therapieeinrichtungen.
3. *Standard mit inhaltlicher Ausprägung:* Dieser Standard kann rein inhaltliche Vorgaben oder aber auch quantitative Vorgaben beinhalten.

Darstellung der Standards

Minimalstandard: Der Minimalstandard definiert das minimal zu erreichende Niveau. Ein "x" in der entsprechenden Spalte bedeutet, dass es sich um einen Minimalstandard handelt.

Referenzstandard: Der Referenzstandard legt ein Qualitätsziel fest, das zu erreichen angestrebt werden sollte. Ein "x" in der entsprechenden Spalte bedeutet, dass es sich um einen Referenzstandard handelt.

Name: Unter Name kann ein einzelner Standard benannt werden oder eine Gruppe von Standards, die unter diesem Namen zusammengefasst wurden.

Bedingung: Ausformulierung der Bedeutung des Standards.

Indikator: Prüfmittel, anhand dessen die Erreichung des Standards erkannt werden kann.

Standard: Niveau, welches der Indikator erreichen sollte. In den meisten Fällen wurden keine numerischen Zahlen festgesetzt, sondern der Standard "vorhanden" festgelegt.

<i>Nr.</i>	<i>M^{*)}</i>	<i>R^{*)}</i>	<i>Name</i>	<i>Bedingung</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>
1 Grundangaben						
1.1.1	x	x	Rechtsform der Trägerschaft	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.1.2		x		Die Rechtsform der Trägerschaft wird alle drei Jahre überprüft und ggf. an die Entwicklungen angepasst	Erwähnung der Überprüfung und ggf. der Anpassung im Jahresbericht	vorhanden
1.2.1	x	x	Betriebsbewilligung des Standortkantons ³⁰	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.2.2		x		Betriebsbewilligung ist vorhanden	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.3.1	x	x	Leistungsauftrag	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.3.2	x	x		Angabe des Inhaltes	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.4.1	x	x	Pflichtversorgungsauftrag	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.4.2	x	x		Angabe des Inhalts	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.5	x	x	Weltanschauliche Ausrichtung	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.6	x	x	Abstinenzorientierung	Deklaration nach Substanzen (inkl. Alkohol, Nikotin)	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.7	x	x	Anzahl Plätze in der Einrichtung	Deklaration nach Anzahl Plätzen für Erwachsene, Paare sowie Kinder	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.8	x	x	Behandlungsdauer	Deklaration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
1.9	x	x	Tages-Steuer in absoluten Angaben	Deklaration der Vollkosten ³¹ gemäss Betriebsrechnung	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
2 Betriebsorganisation						
2.1 Administration						
2.1.1	x	x	Institutionsbezogene Administration	Die institutionsbezogene Administration ist sichergestellt (Planung und Organisation)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
2.1.2	x	x	Klientelbezogene Administration	Die klientelbezogene Administration ist sichergestellt (Planung und Organisation)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
2.1.3	x	x	Personalwesen	Das Personalwesen ist sichergestellt (Planung und Organisation)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
2.1.4.1	x	x	Public Relation und Marketing	Das PR und Marketingmassnahmen sind geplant und werden umgesetzt	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
2.1.4.2	x	x		PR und Marketingmassnahmen sind in einem separaten Budgetposten ausgewiesen	Jahresrechnung	vorhanden

³⁰ Es kennen nicht alle Kantone Betriebsbewilligungsverfahren. Im Hinblick auf die Systemqualität wäre indessen anzustreben, dass alle Kantone Betriebsbewilligungsverfahren durchführen.

³¹ Leitlinien für die Darstellung der Vollkosten werden im BAG-Projekt FiSu beziehungsweise QuaTheDA entwickelt.

Nr.	M³⁾	R³⁾	Name	Bedingung	Indikator	Standard
2.1.5.1		x	Fristgebundene Ziele der Einrichtung	Es sind fristgebundene Ziele für die Entwicklung der Einrichtung gesetzt und dokumentiert	interne Dokumentation	vorhanden
2.1.5.2		x		Die Erreichung der Ziele wird überprüft und dokumentiert	interne Dokumentation	vorhanden
2.1.5.3		x		Die Überprüfung der Ziele wird ausgewertet und dokumentiert	interne Dokumentation	vorhanden
2.1.6.1	x	x	Finanzen	Führung einer Buchhaltung gemäss dem Kontenplan des Schweizerischen Heimverbandes ³² . Ein differenzierterer Kontenplan ist möglich	Regelung im Betriebskonzept Kontenplan	vorhanden vorhanden
2.1.6.2		x		Durchführung von Finanzcontrolling, Finanzplanung und Liquiditätsplanung	Regelung im Betriebskonzept interne Dokumentation	vorhanden vorhanden
2.1.6.3		x		Mindestens halbjährliches Reporting der Finanzsituation an die Trägerschaft	Regelung im Betriebskonzept schriftlicher Report oder Protokolle	vorhanden vorhanden
2.1.7	x	x	Qualitätsentwicklung	Kontinuierliches internes Qualitätsentwicklung-System ³³	Qualitätshandbuch Dokumente des Qualitätssystems	vorhanden vorhanden
2.1.8.1	x	x	Arbeitszeiterfassung	Individuelle quantitative und qualitative Arbeitszeiterfassung	Arbeitszeiterfassungssystem	vorhanden
2.1.8.2	x	x		Mindestens jährliche Auswertung der Arbeitszeiterfassung	interne Dokumentation	vorhanden
2.1.9.1	x	x	Auslastung	Verhinderung einer kontinuierlichen Überauslastung	Auslastungsquote	maximal 2 Monate pro Kalenderjahr über 100% (Kumulation der Überbelegungszeit)
2.1.9.2	x	x		Wenn der Personalschlüssel und die Infrastruktur der Überbelegung angepasst werden können, tritt 2.1.9.1 ausser Kraft	Interne Dokumentation der Veränderung des Personalschlüssels und der Infrastruktur	Veränderung im Verhältnis zur Überbelegung
2.2 Regelungen / Konzepte der Institution						
2.2.1.1	x	x	Verhältnis Trägerschaft und Einrichtung	Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Trägerschaft und der Leitung sind festgehalten	Statuten, Organigramm, Kompetenzregelung u.ä.	vorhanden
2.2.1.2	x	x		Personelle Trennung zwischen Trägerschaft und Einrichtung	Statuten, Organigramm, Kompetenzregelung u.ä.	vorhanden
2.2.1.3	x	x		Keine Mitbestimmung des Personals der Einrichtung in deren Trägerschaft	Statuten, Organigramm, Kompetenzregelung u.ä.	vorhanden

³² Schweizerischer Heimverband, Lindenstrasse 38, 8008 Zürich; Postadresse: Postfach, 8034 Zürich; Telefonnummer 01 / 385 91 91, Faxnummer 01 / 385 91 99, e-mail office@heimverband.ch.

³³ Das System sollte von den relevanten Behörden anerkannt sein.

Nr.	M¹⁾	R¹⁾	Name	Bedingung	Indikator	Standard
2.2.2	x	x	Jahresbericht	Jährlicher Bericht ³⁴ mit Revisionsbericht der Jahresrechnung	Jahresbericht Revisionsbericht	vorhanden vorhanden
2.2.3.1	x	x	Konzepte ³⁵	Leitbild (schriftlich, aktualisiert, öffentlich zugänglich)	Leitbild	vorhanden
2.2.3.2	x	x		Betriebskonzept (schriftlich, aktualisiert, öffentlich zugänglich)	Betriebskonzept	vorhanden
2.2.3.3	x	x		Therapiekonzept (Behandlung, Rehabilitation) (schriftlich, aktualisiert, öffentlich zugänglich)	Therapiekonzept	vorhanden
2.2.3.4	x	x		Hausordnung (schriftlich, aktualisiert, öffentlich zugänglich)	Hausordnung	vorhanden
2.2.4.1	x	x	Organisationspläne ³⁶	Organigramm (schriftlich, aktualisiert)	Organigramm	vorhanden
2.2.4.2	x	x		Funktionsdiagramm (schriftlich, aktualisiert)	Funktionsdiagramm	vorhanden
2.2.4.3	x	x		Kompetenzreglement (schriftlich, aktualisiert)	Kompetenzreglement	vorhanden
2.2.5.1	x	x	Funktions-/Stellenbeschreibung	Für jede Funktion besteht ein Anforderungsprofil und ein Stellenbeschreibung	Funktions-/Stellenbeschreibung	vorhanden
2.2.5.2	x	x		Im Anforderungsprofil ist eine für die Ausübung der Funktion adäquate und anerkannte Fachausbildung festgelegt	Fachausbildung im Funktions-/Stellenbeschreibung	vorhanden
2.3			Regelungen bezüglich der Mitarbeiter/innen			
2.3.1	x	x	Lohnsystem	Es existiert ein für die Mitarbeitenden transparentes Lohnsystem	interne Dokumentation des Lohnsystems	vorhanden
2.3.2	x	x	Arbeitsvertrag	Jede/r Mitarbeiter/in hat einen gültigen Arbeitsvertrag	Arbeitsvertrag in Personalakte	vorhanden
2.3.3.1	x	x	Weiterbildung	Schriftliches Weiterbildungskonzept	Weiterbildungskonzept	vorhanden
2.3.3.2	x	x		Schriftliches Weiterbildungsreglement	Weiterbildungsreglement	vorhanden
2.3.4.1	x	x	Beschwerdewesen für Mitarbeiter/innen	Definition mindestens einer unabhängigen Beschwerdestelle ausserhalb der Trägerschaft	Dokumentation des Beschwerdewesens	vorhanden
2.3.4.2	x	x		Alle Mitarbeiter/innen sind über die Beschwerdestelle(n) und das Verfahren informiert	Bestätigung der Information mit Visum in Personalakte	vorhanden
2.3.5	x	x	Vorkehrungen gegen sexuelle Belästigung zwischen Mitarbeiter/innen	Sanktionierung	Regelung in Personalreglement	vorhanden
2.3.6	x	x	Vorkehrungen gegen sexuelle Belästigung zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen	Sanktionierung	Regelung in Personalreglement	vorhanden

³⁴ Leitlinien für den Jahresbericht werden in QuaTheDA entwickelt.

³⁵ Leitlinien für Konzepte werden in QuaTheDA entwickelt.

³⁶ Leitlinien für die Organisationspläne werden in QuaTheDA entwickelt.

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
2.3.7	x	x	Vorkehrungen gegen Mobbing	Vorkehrungen gegen Mobbing sind definiert (Schlichtungswesen; institutionsexterne Ansprechstelle, z.B. KOSTE)	Regelung in Personalreglement	vorhanden
2.3.8.1	x	x	Burnout-Problematik	Es besteht ein Konzept, in welchem die Burnout-Messung sowie Massnahmen der Burnout-Prävention und der Burnout-Verringerung beschrieben sind	interne Dokumentation	vorhanden
2.3.8.2	x	x		Die Massnahmen der Burnout-Prävention und der Burnout-Verringerung werden umgesetzt	interne Dokumentation	vorhanden
2.3.8.3	x	x		Das Burnout-Niveau der Mitarbeiter/innen wird alle zwei Jahre erhoben und analysiert	interne Dokumentation	vorhanden
2.4 Regelungen bezüglich der Klient/innen						
2.4.1	x	x	Kostengutsprache	Klient/innen werden nur mit einer Kostengutsprache aufgenommen. Diese kann provisorisch sein	Formular im Klientendossier	vorhanden
2.4.2.1	x	x	Ortswechsel von Klient/innen	Bei geplanten Ortswechseln vorgängige Information an einweisende Stellen und Kostenträger ³⁷	Vermerk im Klientendossier	vorhanden
2.4.2.2	x	x		Bei ungeplanten Ortswechseln Information an einweisende Stellen und Kostenträger innert 24 Stunden ³⁸	Vermerk im Klientendossier	vorhanden
2.4.3	x	x	Berichte an Kostenträger	Berichte an den Kostenträger werden vom Klienten/von der Klientin gelesen und durch Gegenzeichnung zur Kenntnis genommen	Visum Klient/in auf Bericht	vorhanden
2.4.4	x	x	Bestätigung der Informationen	Der Erhalt der Informationen der Standards 2.4.7.4 / 6.1.3.2 / 6.4.1.1 / 6.4.1.3 / 6.4.1.6 / 6.4.3.6.3 / 6.4.3.6.4 wird von den Klient/innen bestätigt	Visum Klient/in auf Informationen Kopie in Klientendossier	vorhanden vorhanden
2.4.5	x	x	Übersetzung von Entscheidungen	Bei Entscheiden mit formalem oder weitreichendem Charakter ist die Erklärung in die Muttersprache oder eine andere der Klientin / dem Klienten vertraute Sprache durchzuführen. Falls dies nicht möglich ist, ist eine schriftliche Übersetzung in die Muttersprache oder eine dem Klienten / der Klientin vertraute Sprache sicherzustellen	Regelung im Betriebskonzept Vermerk der erfolgten Übersetzung im Klientendossier	vorhanden vorhanden
2.4.6.1	x	x	Verpflegung	Kriterien für das Ernährungsangebot sind festgelegt	interne Dokumentation	vorhanden

³⁷ Gelten auf Grund zivil- oder strafrechtlicher Massnahmen weitere Bestimmungen, werden diese angewendet.

³⁸ Gelten auf Grund zivil- oder strafrechtlicher Massnahmen weitere Bestimmungen, werden diese angewendet.

Nr.	M¹⁾	R¹⁾	Name	Bedingung	Indikator	Standard
2.4.6.2	x	x		Individuelle Verpflegungsbedürfnisse werden angemessen berücksichtigt	Regelung in Hausordnung	vorhanden
2.4.7.1	x	x	Beschwerdewesen für Klient/innen	Schriftliches internes Beschwerdewesen für die Klient/innen	Regelung in Hausordnung	vorhanden
2.4.7.2	x	x		Es ist zusätzlich eine unabhängige Beschwerdeinstanz ausserhalb der Trägerschaft definiert	Regelung in Hausordnung	vorhanden
2.4.7.3	x	x		Der/die Klient/in bestimmt die Instanz, an welche die eigene Beschwerde gerichtet wird (interne oder externe Beschwerdestelle)	Regelung in Hausordnung	vorhanden
2.4.7.4	x	x		Klient/innen haben schriftliche Informationen über die Beschwerdestellen und das Beschwerdeverfahren	Bestätigung Information durch Visum Klient/in	vorhanden
2.4.8	x	x	Regelung bei sexuellem Kontakt zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen	Kündigung des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin	Regelung im Personalreglement Regelung im Therapievertrag	vorhanden vorhanden
2.5 Dokumentation von Klientendaten						
2.5.1	x	x	Klientendossiers	Führung von Klientendossiers beziehungsweise Krankengeschichten	Klientendossiers	vorhanden
2.5.2	x	x		Einheitliche Vorgaben für die Führung der Klientendossiers	interne Dokumentation	vorhanden
2.5.3	x	x		Das individuelle Interventionsprogramm ist mit dem Klientendossier nachvollziehbar	Vermerke im Klientendossier	vorhanden
2.5.4	x	x		Entscheidungen werden in den Klientendossiers schriftlich festgehalten	Vermerke im Klientendossier	vorhanden
2.5.5	x	x		Das Klientendossier ist mindestens zehn Jahre aufzubewahren	Klientendossiers	vorhanden
2.5.6	x	x	Datenvernichtung	Es gilt der Punkt 3. der Datenschutz-Richtlinien (s. Anhang)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
2.6 Vernetzung						
2.6.1	x	x	Systematische Vernetzung	Deklaration der Vernetzung mit externen Stellen der Suchthilfe, Sozialhilfe, Therapie und Reintegration	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
2.6.2	x	x		Deklaration, wie diese Vernetzungen/Aussenkontakte konkret organisiert sind	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
2.6.3	x	x		Ziel und Zweck der einzelnen Vernetzungen/Aussenkontakte ist festgelegt	interne Dokumentation	vorhanden
3 Infrastruktur						
3.1 Liegenschaft / Räumlichkeiten						

¹⁾ M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
3.1.1.1	x	x	Räumlichkeiten	Die entsprechenden kantonalen gesetzlichen Vorgaben werden erfüllt.	s. jeweilige kantonale gesetzliche Bestimmungen	s. jeweilige kantonale gesetzliche Bestimmungen
3.1.1.2	x	x		Sind keine kantonalen Vorgaben vorhanden, gelten einschlägige überregionale Regelungen	s. überregionale Regelungen	s. überregionale Regelungen
3.1.2	x	x	Neubauten	Neubauten entsprechen den Bedingungen für Wohnheime und Werkstätten des "Richtbauprogramm für Bauten der Invalidenversicherung" (1. Juli 1995)	s. Richtbauprogramm	s. Richtbauprogramm
3.1.3	x	x	Übereinstimmung mit Konzept	Die Liegenschaft(en) und die Räumlichkeiten entsprechen dem konzeptionell definierten Nutzungszweck	Übereinstimmung konzeptionelle Anforderungen und Infrastrukturangaben	100%
3.1.4	x	x	Trennung Arbeits- und Wohnbereich	Der Arbeits- und der Wohnbereich sind räumlich und funktionell getrennt	Infrastrukturangaben	Trennung vorhanden
3.1.5	x	x	Arbeitsräume	Die Räumlichkeiten und der Ausstattungsstandard des Arbeitsbereiches entsprechen den SUVA-Richtlinien ³⁹	s. SUVA Anforderungen	s. SUVA Anforderungen
3.1.6	x	x	Sanitäre Einrichtungen	Es bestehen sanitäre Einrichtungen im Arbeits- und Wohnbereich, gemäss den Vorgaben des Richtraumprogramms des BSV für Wohnheime, geschützte Werkstätten beziehungsweise Beschäftigungsstätten vom 1.7.1995 (ohne Vorgaben zu Rollstuhlgängigkeit)	Übereinstimmung Infrastruktur mit Angaben des Richtraumprogramms des BSV	100%
3.1.7.1		x	Klient/innen-Zimmer	Die Klient/innen haben grundsätzlich Einzelzimmer	Raumangaben Therapieplätze	1 Klientenzimmer pro Therapieplatz
3.1.7.2		x		Mehrbettzimmer sind durch das therapeutische Konzept oder die Indikation begründet	Regelung im Therapiekonzept Indikation im Klientendossier	vorhanden vorhanden
3.1.8.1	x	x	Geschlechtsspezifische Räume	Es bestehen geschlechtergetrennte Schlafzimmer, Toiletten und Waschräume	entsprechende Raumangaben	vorhanden
3.1.8.2		x		Es bestehen geschlechtsspezifische Aufenthaltsräume	entsprechende Raumangaben	vorhanden
3.2			Kindergerechte Infrastruktur			
3.2.1	x	x	Kindergerechte Infrastruktur	Falls die Aufnahme von Klient/innen mit Kindern vorgesehen ist, besteht eine dem Betreuungskonzept entsprechende Infrastruktur	Übereinstimmung Betreuungskonzept für Kinder und Infrastrukturangaben	100%
3.3			Rollstuhlgängigkeit			

³⁹ www.suva.ch

^{*)} M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

<i>Nr.</i>	<i>M¹⁾</i>	<i>R¹⁾</i>	<i>Name</i>	<i>Bedingung</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>
3.3.1	x	x	Rollstuhlgängigkeit	Deklaration der Rollstuhlgängigkeit gemäss den Bedingungen für Wohnheime und Werkstätten des "Richtbauprogramm für Bauten der Invalidenversicherung" (1. Juli 1995)	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
4 Mitarbeiter/innen						
4.1 Ausbildung / Weiterbildung						
4.1.1.1	x	x	Leitung	Deklaration der Ausbildung und der wichtigsten Zusatzausbildungen der Gesamtleitung	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
4.1.1.2		x		Die Gesamtleitung verfügt über eine anerkannte und adäquate Führungsausbildung	Informationen in Personalakte	vorhanden
4.1.1.3	x	x		Die therapeutische Leitung verfügt über eine anerkannte und adäquate therapeutische Ausbildung	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
4.1.2.1	x	x	Ausbildung der Mitarbeiter/innen	Die Ausbildung der Mitarbeiter/innen entspricht der im Anforderungsprofil und Stellenbeschrieb angegebenen Fachausbildung	Übereinstimmung Ausbildung in Personalakte und Stellenbeschrieb	100%
4.1.2.2	x	x		Mitarbeiter/innen, die psychotherapeutische Tätigkeiten ausüben, haben eine anerkannte Therapieweiterbildung oder -ausbildung (Anerkennung durch FSP, SPV und/oder FMH) abgeschlossen oder befinden sich in der entsprechenden Aus- beziehungsweise Weiterbildung	Übereinstimmung Stellenbeschrieb und Information in Personalakte	100%
4.1.2.3	x	x		Mitarbeiter/innen, die sozialarbeiterische Tätigkeiten ausüben, haben eine anerkannte Ausbildung in Sozialarbeit abgeschlossen oder befinden sich in der entsprechenden Ausbildung	Übereinstimmung Stellenbeschrieb und Information in Personalakte	100%
4.1.2.4	x	x		Mitarbeiter/innen, die sozialpädagogische Tätigkeiten ausüben, haben eine anerkannte Ausbildung in Sozialpädagogik abgeschlossen oder befinden sich in der entsprechenden Ausbildung	Übereinstimmung Stellenbeschrieb und Information in Personalakte	100%
4.1.3		x	Weiterbildung im Suchtbereich	Mitarbeiter/innen, die betreuend oder therapeutisch mit den Klient/innen arbeiten, haben ein Jahr nach Eintritt eine suchtspezifische Fortbildung begonnen (sofern noch keine bestanden hat)	Regelung im Weiterbildungsreglement Informationen in Personalakte	vorhanden vorhanden
4.1.4	x	x	Ehemals suchtkranke Mitarbeiter/innen	Ehemals suchtkranke Mitarbeiter/innen haben nach Therapieabschluss mindestens zwei Jahr ausserhalb der Institution gelebt und gearbeitet	Regelung im Personalreglement	vorhanden

¹⁾ M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
4.2			Personalfluktuat			
4.2.1	x	x	Personalfluktuat	Die relative Personalfluktuat ⁴⁰ ist im Jahresbericht deklar	Vermerk im Jahresbericht	vorhanden
4.3			Mitarbeiterbetreuung			
4.3.1	x	x	Qualifikationsgespräche mit Mitarbeiter/innen	Mindestens ein jährliches Qualifikationsgespräch	Vermerk in Personalakte	vorhanden
4.3.2	x	x	Externe Fallsupervision mit therapeutischem Personal	Obligatorisch	Vertrag mit Supervisor/in	vorhanden
4.3.3	x	x	Externe Teamsupervision	Obligatorisch	Vertrag mit Supervisor/in	vorhanden
5			Klientenrechte			
5.1	x	x	Daten- und Persönlichkeitsschutz	Daten- und Persönlichkeitsschutz sind gewährleistet. Auskunftserteilung und Akteneinsicht erfolgt gemäss geltendem Patientenrecht und ausgewählten Punkten der Datenschutz-Richtlinien (Punkte 1., 2. und 3.; s. Anhang)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
5.2	x	x	Zurückhaltung in der Einrichtung	Klienten/Klientinnen dürfen nicht gegen ihren ausdrücklichen Willen in der Einrichtung zurückgehalten werden	Regelung im Therapiekonzept Anzahl Beschwerdefälle	vorhanden keine
5.3	x	x	Kontakt zum Versorger	Der Kontakt zum Versorger ist gewährleistet	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
5.4	x	x	Bürgerrechte	Bürgerrechte können wahrgenommen werden (z.B. Abstimmen)	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
5.5	x	x	Glaubensfreiheit	Es besteht Glaubensfreiheit. Die Regelung der Ausübung des Glaubens innerhalb und ausserhalb der Institution ist bei Eintritt schriftlich zu festzulegen	Regelung im Therapiekonzept Erwähnung im Therapievertrag	vorhanden vorhanden

⁴⁰ Die relative Personalfluktuat wird wie folgt berechnet: 1. Anzahl der ausgetretenen Mitarbeiter/innen plus Anzahl neu eingetretene Mitarbeiter/innen; 2. geteilt durch die Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen am Anfang des Beobachtungsjahres; 3. mal hundert (= Prozentzahlen).

<i>Nr.</i>	<i>M^{*)}</i>	<i>R^{*)}</i>	<i>Name</i>	<i>Bedingung</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>
6			Therapie			
6.1			Therapiekonzept			
6.1.1	x	x	Überprüfung	Das Therapiekonzept wird regelmässig überprüft	interne Dokumentation der Überprüfung des Therapiekonzepts	vorhanden
6.1.2	x	x	Theoretischer Hintergrund	Deklaration	Therapiekonzept öffentliches Informationsmaterial	vorhanden vorhanden
6.1.3.1	x	x	Kindergerechte Konzepte	Falls die Aufnahme von Klient/innen mit Kindern vorgesehen ist, besteht ein separates, kindergerechtes Betreuungskonzept	Separates, kindergerechtes Betreuungskonzept	vorhanden
6.1.3.2	x	x		Falls die diagnostischen Ablärungen bei den Kindern problematische Entwicklungen ergeben, werden diese einer adäquaten Behandlung zugeführt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.1.4.1	x	x	Wiederaufnahme	Die Kriterien für eine Wiederaufnahme der Klient/innen sind geregelt	Regelung im Therapiekonzept Regelung im Therapievertrag	vorhanden vorhanden
6.1.4.2	x	x		Die Kriterien für eine Wiederaufnahme sind den Klient/innen bekannt	Visum auf Therapievertrag	vorhanden
6.1.5	x	x	Übertritt in andere Einrichtung	Ein Übertritt in eine andere Einrichtung ist in jeder Therapiephase grundsätzlich möglich. Wünsche des Klienten / der Klientin sind angemessen zu berücksichtigen	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.1.6	x	x	Rückzugsmöglichkeit	Es besteht Zeit und Raum für Rückzugsmöglichkeiten und Individualität	Angaben zur Zeitaufteilung entsprechende Infrastrukturan-gaben	vorhanden vorhanden
6.2			Therapieziele			
6.2.1	x	x	Grundsätzliche Ziele des Therapieangebotes	Detaillierte Deklaration nach überprüfbaren Zielen	Therapiekonzept	vorhanden
6.2.2	x	x	Merkmale der Zielgruppe	Deklaration nach Substanzen, psychiatrischem Status, Suchtkarriere, Legalstatus, geschlechtsspezifischen Aspekten, medizinischen Aspekten, weiteren Aspekten	Therapiekonzept	vorhanden
6.3			Therapieangebot			
6.3.1	x	x	Therapietypen	Deklaration gemäss den Kategorien Entzug, Übergangsstation, stationäre Therapie, teilstationäres Angebot, Familienplatzierung ⁴¹	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden

⁴¹ Nach Einführung des FiSu-Modells gemäss dessen Kategorien.

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
6.3.2	x	x	Aussenwohngruppe (AWG)	Deklaration von Anzahl Plätzen, Eintrittskriterien (nur Klient/innen aus eigener stationärer Therapie oder auch externe Klient/innen), Tages-Taben	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
6.3.3	x	x	Therapieangebot	Das Angebot ist detailliert zu deklarieren gemäss: therapeutische Angebote (Ansatz, Methoden), Arbeitstherapie (Art der Arbeiten), Arbeitsangebote extern (Art der Arbeiten), erlebnispädagogische Angebote (Art), Ausbildung (Art, Abschlussmöglichkeit), (interne) Sozialberatung, ambulante Nachsorge, Angebote für Angehörige, geschlechtsspezifische Angebote, Substitutionsbehandlung, ärztliche Angebote, weitere Angebote ⁴²	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
6.3.4	x	x	Therapeutische Methoden	Deklaration mit Quellenangaben und Referenzen	Therapiekonzept	vorhanden
6.3.5.1	x	x	Gesundheitsversorgung	Die Gesundheitsvorsorge und -versorgung ist dokumentiert	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.3.5.2	x	x		Die medizinische Betreuung, auch in Notfallsituationen, ist geregelt	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.3.5.3	x	x		Die notwendige medizinische und psychiatrische Versorgung ist über die Dauer der Behandlung hinaus sichergestellt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.3.5.4	x	x		Alle versicherungstechnischen Zusatzaspekte der notwendigen medizinischen und psychiatrischen Behandlung sind im Rahmen der Massnahmen der Wiedereingliederung berücksichtigt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.3.6.1	x	x	Referenzarzt/-ärztin	Es ist für die Institution mindestens ein Referenzarzt oder eine Referenzärztin definiert	Name im öffentlichem Informationsmaterial	vorhanden
6.3.6.2	x	x		Der/die Referenzarzt/-ärztin koordiniert die Zuweisungen der Klient/innen zu medizinischen Behandlungen, ist informiert über frühere und aktuelle gesundheitliche Aspekte der Klient/innen, hält die Beziehung zu den Hausärzten der Klient/innen aufrecht	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.3.6.3	x	x		Der/die Referenzarzt/-ärztin verfolgt eine Fortbildung in Suchtmedizin	Curriculum Referenzarzt/-ärztin in öffentlichem Informationsmaterial	vorhanden
6.3.6.4	x	x		Der/die Referenzarzt/-ärztin führt medizinische Fallbesprechungen mit dem Fachpersonal der Einrichtung durch	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden

⁴² Nach Einführung des FiSu-Modells gemäss dessen Kategorien.

Nr.	M¹⁾	R¹⁾	Name	Bedingung	Indikator	Standard
6.3.7	x	x	Gewichtung der Angebotsbereiche	Deklaration der Gewichtung der Behandlungsbereiche Therapie, Arbeit und Freizeit in Prozent der Wachstuden (16h)	öffentliches Informationsmaterial	vorhanden
6.3.8.1	x	x	Arbeitsangebot (falls angeboten)	Die Arbeitszeiten sind festgelegt (Beginn, Pausen, Ende; Wochenarbeitsstunden)	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.3.8.2	x	x		Es finden für den Arbeitsbereich regelmässig Qualifikationsgespräche und Leistungsbeurteilungen mit den Klient/innen statt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4 Therapieorganisation						
6.4.1 Aufnahme- / Eintrittsphase						
6.4.1.1	x	x	Information nach erstem Kontakt	Persönliche und schriftliche Information des Klienten / der Klientin über die Aufnahmekriterien, das Beschwerdewesen bei Ablehnung und das Therapieangebot. Die Information erfolgt so rasch als möglich nach dem ersten Kontakt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.2	x	x	Begleitung	Die Begleitung des Klienten / der Klientin während des Aufnahmeprozesses ist sichergestellt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.3	x	x	Informationen bei Entscheid über Aufnahme	Persönliche und schriftliche Information des Klienten / der Klientin über das Eintrittsverfahren, das Beschwerdewesen und das Rekurswesen bei Entscheid über Ausschluss	Regelung im Therapiekonzept Visum des/der Klient/in	vorhanden vorhanden
6.4.1.4.1	x	x	Therapievertrag	Erstellung eines Therapievertrages	Therapievertrag	vorhanden
6.4.1.4.2	x	x		Im individuellen Therapievertrag: Definition der Therapieziele, der Teilschritte der Therapie, der Überprüfung der Therapieziele und Teilschritte	Regelung im Therapievertrag	vorhanden
6.4.1.4.3	x	x		Die Therapieziele und Teilschritte der Therapie sind eindeutig und überprüfbar formuliert	Regelung im Therapievertrag Dokumentation der Überprüfung der Therapieziele und Teilschritte im Klientendossier	vorhanden vorhanden

¹⁾ M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
6.4.1.4.4	x	x		Im individuellen Therapievertrag: Nennung sämtlicher Regeln und Konsequenzen (insbesondere Kontaktsperren, Beschränkung von Tätigkeiten, Beschränkung von Substanzkonsum, Kriterien für Rückstufung, Kriterien für vorzeitige Entlassung, Regelung bezüglich sexueller Kontakte zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen, Vorkehrungen gegen sexuelle Belästigung zwischen Mitarbeiter/innen und Klient/innen)	Regelung im Therapievertrag	vorhanden
6.4.1.5.1	x	x	Informationen von der vorbehandelnden Stelle	Bei der vorbehandelnden Stelle werden Informationen eingeholt (falls die Stelle bekannt ist)	Informationen im Klientendossier	vorhanden
6.4.1.5.2	x	x		Der/die Klient/in muss mit dem Einholen von Informationen bei der vorbehandelnden Stelle einverstanden sein	Einverständniserklärung im Klientendossier	vorhanden
6.4.1.5.3	x	x		Es gilt der Punkt 1. der Datenschutz-Richtlinien (s. Anhang)	Regelung im Betriebskonzept	vorhanden
6.4.1.6	x	x	Information der Klient/innen über die Zuständigkeiten der Mitarbeiter/innen	formelles Gespräch	Regelung im Therapiekonzept Visum Klient/in	vorhanden vorhanden
6.4.1.7.1	x	x	Bildungsplanung (falls Bildungsangebot vorhanden)	Es werden spezielle Verfahren zur Erfassung der Lerndefizite durchgeführt	Regelung im Therapiekonzept Informationen im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.7.2	x	x		Es wird eine individuelle Bildungsplanung durchgeführt	Regelung im Therapiekonzept Informationen im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.8	x	x	Anamnese	Erhebung von Lebensgeschichte, Krankheits- und Behandlungsanamnese, Suchtentwicklung, aktueller Lebenssituation	Regelung im Therapiekonzept Informationen im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.9	x	x	Diagnostik	Suchtdiagnostik, psychiatrische Komorbidität, somatische Komorbidität	Regelung im Therapiekonzept Informationen im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.10	x	x	Diagnostik bei Kindern	Falls die Aufnahme von Klient/innen mit Kindern vorgesehen ist, werden die Kinder umfassend diagnostisch abgeklärt	Regelung im Therapiekonzept Informationen im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.1.11	x	x	Eintritt von Minderjährigen	Minderjährige dürfen nur mit dem schriftlichen Einverständnis des/der Inhabers/in der elterlichen Gewalt aufgenommen werden	Einverständniserklärung im Klientendossier	vorhanden

^{*)} M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

<i>Nr.</i>	<i>M¹⁾</i>	<i>R¹⁾</i>	<i>Name</i>	<i>Bedingung</i>	<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>
6.4.2 Therapiephase						
6.4.2.1	x	x	Überprüfung der Teilschritte	Die Erreichung der vereinbarten Teilschritte wird gemeinsam mit dem Klienten / der Klientin regelmässig überprüft. Die Häufigkeit der Überprüfung ist abhängig vom Therapiekonzept, findet jedoch mindestens alle zwei Monate statt	Regelung im Therapiekonzept Dokumentation der Überprüfung im Klientendossier	vorhanden vorhanden, mindestens alle zwei Monate
6.4.2.2	x	x	Überprüfung der reellen Durchführung der Therapieelemente	Mindestens stichprobenmässige Überprüfung der reellen Therapiedurchführung in allen Therapiebereichen	Regelung im Betriebskonzept Dokumentation der Überprüfung	vorhanden vorhanden
6.4.2.3	x	x	Überprüfung der fachgerechten Durchführung der Therapieelemente	Mindestens stichprobenmässige Überprüfung der fachgerechten Therapiedurchführung in allen Therapiebereichen	Regelung im Betriebskonzept Dokumentation der Überprüfung	vorhanden vorhanden
6.4.3 Austrittsphase						
6.4.3.1	x	x	Vorbereitungsprogramm für Austritt	Ein individuelles Vorbereitungsprogramm für den Austritt wird durchgeführt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.2	x	x	Nachsorgeprogramm	Die Notwendigkeit eines Nachsorgeprogrammes wird geprüft, geregelt und dieses ggf. eingeleitet	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.3.1	x	x	Massnahmen bei Abbruchwunsch	Gesprächsangebot	Vermerk im Klientendossier	vorhanden
6.4.3.3.2	x	x		Bei minderjährigen Klient/innen: Eltern oder Inhaber/in der elterlichen Gewalt sind sofort zu benachrichtigen. Ein Gespräch mit allen Beteiligten wird angeboten	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.4.1	x	x	Information bei Entschluss zum Therapieabbruch	Innert 24 Stunden: Versorger / einweisende Stelle	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.4.2	x	x		Wenn vorhanden: Innert 24 Stunden Vormund, Rechtsvertreter/in	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.4.3	x	x		Information von Angehörigen und Partner/in mit Einverständnis des Klienten / der Klientin	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.5.1	x	x	Massnahmen bei Therapieabbruch	Auf Wunsch des Klienten / der Klientin wird die Nachbetreuung sichergestellt	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.5.2	x	x		Der/die Klient/in wird für eine andere Therapie motiviert (konkrete Vorschläge)	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden

¹⁾ M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
6.4.3.5.3	x	x		Es besteht für den Klienten / die Klientin die Möglichkeit, ihren Entscheid zu revidieren und in der Therapie zu bleiben	Regelung im Therapiekonzept Regelung im Therapievertrag Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden vorhanden
6.4.3.5.4	x	x		Bei minderjährigen Klient/innen: Eltern oder Inhaber/in der elterlichen Gewalt sind sofort zu benachrichtigen	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.3.6.1	x	x	Entscheidung über Ausschluss	Schriftliche Definition des Entscheidungsprozederes	Regelung im Therapiekonzept	vorhanden
6.4.3.6.2	x	x		Das Entscheidungsprozedere ist allen Mitarbeiter/innen bekannt	Visum Mitarbeiter/in	vorhanden
6.4.3.6.3	x	x		Das Entscheidungsprozedere ist allen Klient/innen bekannt	Visum Klient/in	vorhanden
6.4.3.6.4	x	x		Es besteht ein Rekursweg, der dem Klienten / der Klientin bekannt ist	Regelung im Therapiekonzept Visum Klient/in	vorhanden vorhanden
6.4.3.6.5	x	x		Der/die Klient/in muss auf Wunsch angehört werden	Regelung im Therapiekonzept Beschwerdefälle	vorhanden Keine
6.4.3.6.6	x	x		Keine Mitsprache der anderen Klient/innen	Regelung im Therapiekonzept Beschwerdefälle	vorhanden Keine
6.4.3.7.1	x	x	Austrittsbericht	Bei Austritt wird der einweisenden Stelle respektive dem Kostenträger ein schriftlicher Austrittsbericht zugestellt	Austrittsbericht	vorhanden
6.4.3.7.2	x	x		Dem Klienten / der Klientin wird eine Kopie des Austrittsberichtes angeboten	Visum Ablehnung Klient/in oder Kopie Brief an Klienten/Klientin	vorhanden vorhanden
6.4.3.8	x	x	Austritt von Minderjährigen	Der Austritt hat in Absprache mit dem/der Inhaber/in der elterlichen Gewalt zu erfolgen	Einverständniserklärung im Klientendossier	vorhanden
6.4.4 Phase nach dem Austritt						
6.4.4.1	x	x	Informationsaustausch mit der Nachsorgestelle	Dem Klienten / der Klientin wird ein Übergabegespräch mit der Nachsorgestelle angeboten	Regelung im Therapiekonzept Vermerk im Klientendossier	vorhanden vorhanden
6.4.4.2	x	x	Antritt des Nachsorgeprogrammes	Überprüfung, ob der/die Klient/in das Nachsorgeprogramm reell antritt	Vermerk im Klientendossier	vorhanden
6.4.4.3.1	x		Informationen über Klient/innen nach Beendigung der Therapie oder Nachsorge (Ergebnis der Behandlung, Katamnesen)	Mindestens stichprobenmässige, systematische Erhebung von Informationen über Klient/innen nach Austritt aus der Therapie beziehungsweise Nachsorge	Ergebnisse	vorhanden

^{*)} M= Minimalstandard, R= Referenzstandard

Nr.	M^{*)}	R^{*)}	Name	Bedingung	Indikator	Standard
6.4.4.3.2	x	x		Die Erfassung des Verlaufs nach Austritt aus der Therapie anhand von Klientenbefragungen wird von einer unabhängigen Institution durchgeführt	öffentliches Informationsmaterial Forschungsberichte	vorhanden vorhanden
6.5 Therapieentwicklung						
6.5.1	x	x	Weiterentwicklung des Therapieangebotes	Information über Weiterentwicklung der Therapiemethoden durch Kongresse, Weiterbildungen und Austausch mit anderen Therapieeinrichtungen	Jährliche Zusammenstellung von Weiterbildungen, Kongressteilnahmen und Austausch in interner Dokumentation	vorhanden
6.5.2	x	x		Bei der Weiterentwicklung des Therapieangebotes werden aktuelle wissenschaftliche Forschungsergebnisse, insbesondere aus eigenen und fremden katamnestischen Studien, einbezogen	Interne Dokumentation Quellenangaben	vorhanden vorhanden
6.5.3	x	x		Die Weiterentwicklung des Therapieangebotes wird dokumentiert	Interne Dokumentation	vorhanden
7 Forschung / Evaluation						
7.1	x	x	Behandlungsstatistiken	Teilnahme an der regionalen, kantonalen und nationalen Suchthilfestatistik	Teilnahmebestätigung Statistiken	vorhanden vorhanden
7.2.1	x	x	Forschung	Grundsätzliche Bereitschaft zur Mitarbeit bei Forschungsprojekten	öffentliches Informationsmaterial Forschungsberichte	vorhanden vorhanden
7.2.2	x	x		Es gilt der Punkt 4. der Datenschutz-Richtlinien (s. Anhang)	Regelung im Betriebskonzept Einverständniserklärung Klient/in	vorhanden vorhanden
7.2.3	x	x		Die Erfassung und Analyse des weiteren Verlaufs von Klient/innen nach der Therapie wird gemäss den Richtlinien für Evaluationen durchgeführt ⁴³	Darstellung der Methoden im Erhebungsbericht	Einhaltung der Richtlinien
7.2.4	x	x		Für die Erfassung des weiteren Verlaufs von Klient/innen nach der Therapie werden wissenschaftliche, validierte Erhebungsinstrumente verwendet	Darstellung der Methoden im Erhebungsbericht	Darstellung der Validierung des Instrumentes
7.2.5	x	x		Der Verlauf von Klient/innen nach der Therapie als Erfolgsindikator ist zu bestimmen als Unterschied zwischen den bei Therapiebeginn formulierten Therapiezielen und dem Therapieergebnis	Ergebnisse als Unterschied	vorhanden

⁴³ Zum Beispiel: Rossi, P. H., Freeman, H. E. & Hofmann, G. (1988). Programm-Evaluation. Eine Einführung in die Methoden angewandter Sozialforschung. Stuttgart: Enke.

D2 Datenschutz-Richtlinien für die Q U A F O S - Standards

Die vorliegenden Datenschutz-Richtlinien stellen eine Auswahl aus den Datenschutz-Richtlinien der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich dar, wobei einige Punkte leicht modifiziert wurden.

1. Datenbeschaffung

- | | |
|--|---|
| 1.1 Grundsatz der Datenbeschaffung | <p>1.1.1 Personendaten (→Glossar) sind in der Regel bei der betroffenen Person zu beschaffen.</p> <p>1.1.2 Werden Personendaten systematisch, namentlich mit Fragebogen, erhoben, so müssen Rechtsgrundlage und Zweck der Bearbeitung bekanntgegeben werden. In den übrigen Fällen sind diese Angaben der befragten Person auf Wunsch bekanntzugeben, ausser wenn dadurch die Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe gefährdet wird.</p> <p>1.1.3 Können Personendaten nicht von der betroffenen Person direkt beschafft werden (z.B. aus gesundheitlichen Gründen), dürfen diese bei Dritten erhoben werden. Dabei sind die Grundsätze der Datenverarbeitung (Rechtsgrundlage, Zweckgebundenheit, Verhältnismässigkeit, Integrität und Datensicherheit) zu beachten.</p> |
| 1.2 Einholen von Auskünften und Berichten bei vorbehandelnden Stellen | <p>1.2.1 Da der Austausch von Klientendaten mit anderen Institutionen oder mit Ärzten unter die Schweigepflicht fällt, braucht das Einholen von Auskünften die Einwilligung des Klienten/der Klientin.</p> |

2. Datenweitergabe

- | | |
|--|--|
| 2.1 Grundsatz der Datenweitergabe | <p>2.1.1 Daten dürfen an Dritte nur weitergegeben werden, wenn dafür gesetzliche Grundlagen bestehen oder wenn die Daten für den Empfänger im Einzelfall zur Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe notwendig sind. Im Weiteren dann, wenn der/die betroffene Klient/in im Einzelfall eingewilligt hat oder die Einwilligung nach den Umständen vorausgesetzt werden kann.</p> <p>2.1.2 Eine Einwilligung kann immer nur im Einzelfall erteilt werden, d.h., sie muss sich auf einen konkreten Fall beziehen. Sie kann auch mehrere Bekanntgaben umfassen. Eine Globalvollmacht genügt hingegen nicht. Vielmehr muss die betroffene Person wissen, für welche Daten sie ihre Einwilligung erteilt. Die Einwilligung ist nur gültig, wenn für die betroffene Person transparent ist, was mit ihren Daten geschieht. Der Zweck der Datenbearbeitung des Datenempfängers muss daher aus der Vollmacht hervorgehen. Bei besonders schützenswerten Daten und Persönlichkeitsprofilen müssen auch die Bezeichnung (oder eine Umschreibung) der verlangten Daten und des öffentlichen Organs, von dem die Daten verlangt werden, in der Vollmacht enthalten sein.</p> |
| 2.2 Schweigepflicht | <p>2.2.1 Die Schweigepflicht ist verbunden mit dem Beruf. Geheimniss herr ist der/die Klient/in, Geheimnissträger ist der/die Mitarbeiter/in der Therapieeinrichtung. Daten dürfen weiter gegeben werden, wenn eine Rechtsgrundlage besteht, z.B.</p> |

- Mitteilungspflicht (ausserordentlicher Todesfall)
- Mitteilungsrecht (Fahruntüchtigkeit)
- Vollmacht des Klienten / der Klientin

- 2.3 Mündliche Auskünfte** 2.3.1 Mündliche Auskünfte sind gleich wie schriftliche Auskünfte zu behandeln, d.h. auch an den informellen Weg werden die gleichen hohen Anforderungen gestellt.
- 2.4 Empfänger-identifikation** 2.4.1 Es muss feststellbar und überprüfbar sein, wem Personendaten bekanntgegeben werden. Dies ist bei mündlichen Bekanntgaben (z.B. am Schalter) ohne weiteres möglich. Sie muss aber auch bei der Übermittlung von Daten über Netzwerke (internes und externes E-Mail) und am Telefon sichergestellt werden.
- 2.4.2 Bei sensiblen Daten und einem hohen Gefährdungspotential für Persönlichkeitsverletzung ist auch eine höhere Anforderung an die Identifikationsmassnahmen zu stellen. Eine Protokollierung, die festhält, an wen und mit welchen Mitteln die Bekanntgabe erfolgte, soll es ermöglichen, die Abläufe zu überprüfen.
- 2.5 Fax (Transfer sensibler Daten mit Telefax)** 2.5.1 Das Telefax ist prinzipiell kein geeignetes Medium für den Transfer von sensiblen Daten wie Gesundheitsdaten. Sie sind grundsätzlich auf dem eine höhere Sicherheit garantierenden Postweg zu versenden (unter Umständen eingeschrieben).
- 2.5.2 Ausnahmsweise kann dennoch einmal die Fax-Übermittlung heikler Daten notwendig sein. In solchen Fällen, z.B. dem Faxen eines Austrittsberichtes, soll als zusätzliche Vorsichtsmassnahme der Versand zwei separater Fax-Sendungen erfolgen:
- In der ersten Sendung werden die Personalien (Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, usw.) und die Klientennummer verschickt. Das zweite Fax enthält die Klientennummer sowie die Laborresultate. Auf diese Weise wird mit grosser Wahrscheinlichkeit sichergestellt, dass auch bei Fehlleitung einer Sendung heikle Daten keiner Person zugeordnet werden können. Werden aber regelmässig sensible Daten per Telefax übermittelt, ist eine Chiffrierung der Datenübertragung unumgänglich.
- 2.6 E-Mail** 2.6.1 Die Nutzung von E-Mail zur raschen Übermittlung von Berichten, Schreiben, Listen etc. kann in vielen Fällen sinnvoll sein. Transfers von Personendaten via E-Mail setzt jedoch unbedingt voraus, dass zu versendende Daten mittels einer Chiffriersoftware (→Glossar) verschlüsselt und mit einer elektronischen Signatur (→Glossar) versehen sind. Der Empfänger muss über die gleiche Software sowie den Schlüssel des Absenders verfügen, um die Daten zu dechiffrieren. Der einfache Passwortschutz einer Datei (unverschlüsselte Daten) genügt hingegen nicht.

3. Datenvernichtung

- | | |
|--|--|
| 3.1 Papier | <p>3.1.1 Auch die zu Makulatur gewordene Unterlagen müssen durch angemessene organisatorische und technische Massnahmen gegen das unbefugte Bearbeiten geschützt werden.</p> <p>3.1.2 Die Verantwortung für eine datenschutzkonforme Behandlung von nicht mehr benötigten Unterlagen kann nicht delegiert und beispielsweise auf das Reinigungspersonal übertragen werden; sie verbleibt bis zum Moment der physischen Vernichtung bei der datenverarbeitenden Person.</p> |
| 3.2 Klientendossiers / Krankengeschichten | <p>3.2.1 Klientendossiers bzw. Krankengeschichten werden während mindestens 10 Jahren nach Abschluss der Therapie aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Zeitspanne wird die Krankengeschichte gemäss Anordnung der Gesamtleitung entweder vernichtet oder weiter aufbewahrt, wenn dies im konkreten Fall als notwendig bzw. im Interesse des Klienten / der Klientin geboten erscheint. Dabei sind die Vorschriften über die Schweigepflicht bzw. das ärztliche Berufsgeheimnis wie auch diejenigen über den Datenschutz zu beachten.</p> |
| 3.3 Elektronische Daten | <p>3.3.1 Sobald ein Datenträger zur Entsorgung oder zu anderweitigem Gebrauch aus der Kontrolle weggegeben wird, sind die Daten fachgerecht und nicht wiederherstellbar zu löschen.</p> <p>3.3.2 Die fachgerechte physische Vernichtung des Datenträgers erfüllt die Anforderungen des Gesetzes auf Vernichtung der Daten vollumfänglich.</p> |

4. Datensammlungen zu Forschungszwecken

- | | |
|---|--|
| 4.1 Bewilligungspflicht | <p>4.1.1 Inhalt und Form der zu erhebenden Daten müssen dem Klienten / der Klientin mündlich und schriftlich mitgeteilt werden. Zudem muss eine Einverständniserklärung des Klienten / der Klientin schriftlich eingeholt werden.</p> |
| 4.2 Handhabung der Daten | <p>4.2.1 Die Code-Nr. oder Erstarchivierungsnummer sollte von der Klientendatenbank (physikalisch) getrennt aufbewahrt werden. Die forschungsrelevanten Daten müssen zu einem frühest möglichen Zeitpunkt anonymisiert werden.</p> <p>4.2.2 Studienbezogene Klientenakten (case report forms, CRFs) müssen wie Klientendossiers behandelt, geschützt und gesichert werden. Die Aufbewahrungszeit liegt bei mindestens 10 Jahren. Es gelten die gleichen Bestimmungen wie unter Absatz 3.2.</p> |
| 4.3 Zusammenarbeit mit Forschungsgruppen | <p>4.3.1 Nur anonymisierte (→Glossar), verschlüsselte Daten, die keinen Rückschluss auf die Person erlauben, dürfen an Forschungsgruppen, mit denen aus wissenschaftlichen Gründen zusammengearbeitet wird, weitergegeben werden. Dafür muss die explizite Bewilligung des Klienten / der Klientin vorliegen. Der/die Klient/in muss über eine evtl. anonymisierte Weitergabe seiner Daten mündlich und schriftlich aufgeklärt werden.</p> <p>4.3.2 Die Weitergabe von persönlichen Adressdaten zu Forschungszwecken (z.B. Katamnesen) ist nur unter schriftlicher Einwilligung des/der Klient/in erlaubt.</p> |

Glossar der Datenschutz-Richtlinien

Anonymisierte	Die Verbindung von Daten zu einer bestimmten Person ist derart aufgehoben, dass die Zuordnung der Daten zu der Person nicht wieder hergestellt werden kann.
Chiffriersoftware	Software zur Chiffrierung und somit zur für Unberechtigte Unlesbarmachung von elektronisch gespeicherten Daten. Um die chiffrierten Daten zu lesen wird ein bestimmter Schlüssel benötigt.
Elektronische Signatur	Auch Digitale Unterschrift. Im elektronischen Datenverkehr (z.B. E-Mail) notwendige Kennung zur zweifelsfreien Identifizierung des Absenders.
Personendaten	Daten über eine Person, wie Aufzeichnungen über den Verlauf der Therapie, Symtombeschreibungen, Diagnosen, Verordnungen, Laborresultate, Berichte, etc.